

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství



Žaneta Adamíková

**POHYBOVÁ TERAPIE V ÚSTAVNÍ LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ
(MOVEMENT THERAPY IN THE RESIDENTIAL SUBSTANCE ABUSE
TREATMENT)**

Bakalářská práce

Praha, 2017

Autor práce: **Žaneta Adamíková**

Vedoucí práce: **Mgr. Petr Bitnar**

Oponent práce:

Datum obhajoby: **25. 5. 2017**

Bibliografická identifikace

ADAMÍKOVÁ, Žaneta. Pohybová terapie v ústavní léčbě závislostí. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství, 2017, s. 94.
Vedoucí bakalářské práce As. Mgr. Petr Bitnar.

Abstrakt

Bakalářská práce pojednává o možnostech využití pohybové terapie jako podpůrné metody ve střednědobé či dlouhodobé ústavní léčbě závislostí. Je rozdělena na 3 části. Cílem první, obecné části bylo seznámit se základními pojmy a informacemi ohledně návykových látek a závislosti, příčin jejího vzniku a jejích důsledků. Předmětem obecné části jsou také epidemiologická data, jednotlivé složky systému léčebné péče a základní nástroje používané v léčbě závislosti. Druhá, speciální část mapuje možnosti využití pohybové aktivity jako takové a možnosti využití metod práce s tělem v léčbě závislostí a jsou zde popsány účinky, díky nimž by se tyto metody měly v rámci komplexní terapie využívat. V této části jsou popsána také nejčastější onemocnění, se kterými se u závislých jedinců setkáváme, a mapuje možnosti fyzioterapie těchto onemocnění. Praktická část je kvalitativní a obsahuje kazuistiku pacientky, která je závislá na několika návykových látkách a v současnosti podstupuje léčbu v psychiatrické nemocnici. Je zde široce popsána její zdravotní i drogová anamnéza, individuální terapie včetně kineziologického rozboru, terapeutického plánu a závěrečného zhodnocení a také jsou zde popsány možnosti skupinové pohybové aktivity, kterých se má pacientka možnost zúčastnit.

Klíčová slova

závislost, léčba závislostí, fyzioterapie, kinezioterapie, pohybová terapie, práce s tělem, body-psychotherapie

Abstract

This thesis is a discussion of the possibilities of using movement therapy as a complementary method within the context of medium-term or long-term institutional treatment of addictions. It is divided into 3 parts. The objective of the first part is to describe the basic concepts and to disseminate the information regarding addiction consequences and its causes. It also includes epidemiological data, a deconstruction of the system of medical care, and the basic tools used in the substance abuse treatment. Complementary to this, special parts map the possibilities of the use of physical activity involving body-oriented methods. Its objective is to detail the effects of these methods on patients. The positive effects highlighted by my thesis are the reason why the movement interventions should be used as a part of the complex treatment. In the second part, common illnesses that lie among addicted people are further examined, mapping the treatment of these diseases through the use of physical therapy. The practical, third part involves the qualitative data and contains the case report of a patient who is dependent on several addictive substances and is currently undergoing the treatment in a psychiatric hospital. Her medical and drug history, individual therapy, including kinesiological analysis, therapeutic plans and final evaluation, as well as the variations of group movement activity, which the patient has the opportunity to participate in, are widely described within.

Key words

addiction, substance abuse treatment, physical therapy, kinesiotherapy, movement therapy, bodywork, body-psychotherapy

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Petra Bitnara, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne

Žaneta Adamíková

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Petru Bitnarovi za jeho vedení, podporu, ochotu a cenné rady při zpracovávání této práce. Dále mé poděkování patří pracovníkům oddělení závislostí v PN Bohnice a Centru fyzioterapie a psychosomatické medicíny v PN Bohnice za zprostředkování prostorů pro zpracování praktické části této bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala své rodině a nejbližším za podporu v průběhu celého mého studia i při psaní této práce a konečně děkuji své klientce, jejíž kazuistika je v této práci zpracována, za její ochotu a trpělivost.

Obsah

I. SEZNAM ZKRATEK	11
II. ÚVOD.....	12
III. OBECNÁ ČÁST: Problematika užívání návykových látek a závislosti	13
1. Návyková látka	13
1.1. Dělení návykových látek a jejich účinky.....	13
1.1.1. Alkohol	14
1.1.2. Opioidy a opiáty	15
1.1.3. Zneužívaná farmaka s psychotropním účinkem	16
1.1.4. Psychomotorická stimulancia	17
1.1.5. Halucinogeny a konopné drogy.....	17
2. Definice a diagnostika závislosti	18
3. Patogeneze = faktory vzniku závislosti.....	19
4. Epidemiologie závislostního chování	21
4.1. Prevalence užívání návykových látek v České republice	21
4.1.1. Alkohol	21
4.1.2. Nelegální návykové látky.....	21
4.2. Mortalita	22
4.3. Počet žádostí o léčbu	22
5. Systém léčebné péče	23
5.1. Kontaktní nízkoprahová centra a terénní programy	23
5.2. Ambulantní centra	23
5.3. Ústavní léčba.....	24
5.4. Následná péče	27
6. Základní nástroje používané v léčbě závislosti.....	27
6.1. Adiktologické poradenství.....	27
6.2. Psychoterapie.....	28
6.3. Práce s motivací	28

6.4.	Prevence relapsu	30
6.5.	Další pomocné terapie	31
IV.	SPECIÁLNÍ ČÁST: Pohybová aktivita u pacientů v ústavní léčbě závislostí	32
7.	Rehabilitace v psychiatrii	32
7.1.	Psychomotorika	32
7.2.	Kinezioterapie.....	33
8.	Prospěšnost pohybové aktivity a kinezioterapie v léčbě závislostí	35
9.	Zdravotní komplikace závislosti a možnosti využití fyzioterapie při jejich léčbě	39
9.1.	Kardiovaskulární onemocnění.....	40
9.2.	Respirační onemocnění.....	41
9.3.	Onemocnění nervového systému	42
9.4.	Závislost a pohybový aparát	44
9.5.	Psychiatrické komorbidity a psychosomatická onemocnění.....	45
10.	Specifika práce s tělem závislých	46
10.1.	Motivace ke cvičení.....	46
10.2.	Vnímání vlastního těla.....	46
10.3.	Práce s traumatem	47
11.	Vybrané metody práce s tělem jako podpůrná terapie v léčbě závislostí	47
11.1.	Alexandrova metoda	48
11.2.	Feldenkraisova metoda	49
11.3.	Jóga	50
11.4.	Relaxační techniky	51
11.4.1.	Autogenní trénink.....	52
11.4.2.	Jacobsonova progresivní svalová relaxace	52
11.5.	Mindfulness techniky.....	53
11.6.	Bioenergetika.....	54
11.7.	Taneční terapie	55
11.8.	Body-psychoterapie	56

11.8.1. Charakterová struktura.....	57
11.8.2. Vegetoterapie	59
V. PRAKTICKÁ ČÁST: Kazuistika.....	60
12. Metodika výzkumné části	60
13. Etika.....	60
14. Kazuistika	60
14.1. Anamnéza	61
14.1.1. Drogová a psychiatrická anamnéza.....	62
14.2. Individuální terapie	63
14.2.1. Vstupní kineziologický rozbor	63
14.2.2. Hlavní problém pacientky	70
14.2.3. Krátkodobý rehabilitační plán	70
14.2.4. Dlouhodobý rehabilitační plán	71
14.2.5. Terapie.....	71
14.2.6. Výstupní kineziologický rozbor.....	73
14.2.7. Zhodnocení terapie.....	77
14.3. Skupinová terapie - Možnosti pohybových aktivit pacientky v léčbě	77
VI. DISKUZE.....	79
VII. ZÁVĚR.....	81
VIII. REFERENČNÍ SEZNAM	82
IX. SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	94

I. SEZNAM ZKRATEK

AC = adenylátcykláza

ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder (hyperkinetická porucha)

ASAM = American Society of Addiction Medicine

AT = autogenní trénink

cAMP = cyklický adenosinmonofosfát

CM = contingency management

CMP = cévní mozková příhoda

CNS = centrální nervová soustava

CREB = cAMP response element-binding protein

EMCDDA = evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti

HSSP = hluboký stabilizační systém páteře

CHOPN = chronická obstrukční plicní nemoc

LSD = diethylamid kyseliny lysergové

NL = návyková látka

PCP = fencyklidin (andělský prach, PeaCe Pill)

RF = respirační fyzioterapie

RHB = rehabilitace

SKY = Sudarshana Kriya Yoga

TK = terapeutická komunita

WHO = World Health Organisation (Zdravotní světová organizace)

II. ÚVOD

Užívání návykových látek má na světě velmi dlouhou tradici. Tento trend můžeme pozorovat prakticky kdekoli v historii i v jakémkoliv společenském uspořádání. Užívání návykových látek, ať už legálních či nelegálních, je celospolečenský problém se zdravotními, sociálními a ekonomickými důsledky, kterému se v posledních letech věnuje hodně pozornosti. V České republice vznikl samostatný obor adiktologie, což je dle Kaliny (2013, str. 17) transdisciplinární obor zaměřující se na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem závislostního chování, jejich dopady na jedince a na společnost a na sociální reintegraci osob, které v důsledku takových vzorců chování strádají. Obor adiktologie se neustále rozvíjí a síť adiktologických služeb postupně roste a zdokonaluje se.

Při léčbě uživatelů psychoaktivních látek se vychází z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti a využívá se komplexní systém intervencí z oblasti farmakoterapie, psychoterapie, edukace, sociální práce a psychosociální rehabilitace (Miovský, 2013). V posledních letech se kromě klasického léčebného modelu začínají v léčbě návykových poruch čím dál více uplatňovat také alternativní, podpůrné terapeutické metody, mezi které patří také pohybová aktivita a terapeutická práce s tělem. Tyto podpůrné metody mohou výrazně napomoci udržení abstinence, a to nejlépe pokud jsou tyto aktivity provozovány i nadále po absolvování léčby.

Hlavním cílem této bakalářské práce je vytvořit přehled možností uplatnění fyzioterapeutických a kinezioterapeutických metod v ústavní léčbě závislostí na základě dosavadních výzkumů a publikací. Snahou je také propojit poznatky z oblasti adiktologie s poznatky o pozitivních účincích pohybové aktivity a jednotlivých metod práce s tělem. Cílem obecné části práce je seznámit čtenáře se základními pojmy souvisejícími s užíváním návykových látek, popsat jednotlivé psychoaktivní látky a jejich účinky na člověka a vytvořit přehled možností a nástrojů léčby závislosti na návykových látkách. Speciální část se zabývá možnostmi uplatnění pohybové terapie, fyzioterapie a dalších na tělo se zaměřujících metod v léčbě závislostí. V praktické části je zpracována kazuistika pacientky, která se léčí se závislostí na několika návykových látkách.

III. OBECNÁ ČÁST: Problematika užívání návykových látek a závislosti

1. NÁVYKOVÁ LÁTKA

Návyková neboli psychoaktivní látka je dle Mezinárodní klasifikace nemocí ta, která se podílí na vzniku poruch uvedených v diagnostických skupinách F10 – F19, tj. alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa nebo hypnotika, kokain, stimulancia včetně kofeinu, halucinogeny, tabák, organická rozpouštědla a případně další látky nebo kombinace látek (WHO, 2008). Dle Jeřábka (in Kalina a kol., 2015a, str. 190) psychoaktivní látky biochemicky ovlivňují systém odměny v mozku a jejich opakovaný účinek vede k rozvoji závislosti. Pod pojmem návyková látka či droga se označuje látka, která má tyto dvě vlastnosti:

- psychotropní efekt - modifikuje naše prožívání, mění náš pohled na svět a prožívání;
- potenciál závislosti - dlouhodobé, pravidelné užívání látky může vyvolat závislost a vést ke ztrátě kontroly nad jejím užíváním (Minařík & Kmoch in Kalina, 2015, str. 49).

1.1. DĚLENÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A JEJICH ÚČINKY

V této kapitole jsou popsány pouze ty látky, na nichž se zpravidla léčí závislost v lůžkových zařízeních. Návykových látek existuje mnohem více, avšak jejich popis by přesahoval kapacitu této bakalářské práce.

Základní rozdělení drog je na drogy legální a nelegální. Mezi legální patří alkohol, tabák, kofein, čaj a různé léky. O nelegálních drogách platí, že jejich výroba a distribuce je u nás dle zákona zakázána. Dle Minařík & Kmoch (in Kalina a kol., 2015, str. 50) můžeme návykové látky dle jejich účinku na psychiku rozdělovat na látky tlumivé, stimulační a halucinogenní. Dále můžeme návykové látky rozdělovat podle předpokladu pro vznik závislosti psychické či fyzické – viz tab. č. 1. Psychická závislost znamená typ závislosti na droze, který se neprojevuje vzestupem tolerance nebo odvykacími příznaky (Kalina a kol, 2001).

Tab. č. 1: Rozdělení návykových látek dle typu závislosti (Minařík in Kalina, 2008).

Skupina	Látka	Psychická závislost	Somatická závislost
<i>Stimulancia</i>		Silná	nevzniká
	Pervitin	++	-
	Kokain	++	-

Halucinogeny		slabá – žádná	nevzniká
	Kanabis	+ -	-
	LSD	+ -	-
	Psylocibin	+ -	-
Tlumivé látky		Silná	silná
	Benzodiazepiny	++	++
	Barbituráty	++	++
	Alkohol	++	++
	Opiáty	++	++
	Těkavé látky	++	+ -

Fyzickou závislost vyvolávají spíše látky působící na CNS tlumivě, tedy alkohol, opiové alkaloidy, barbiturátová a nebarbiturátová anxiolytika a hypnotika (Zima in Kalina a kol., 2016, str. 41).

1.1.1. Alkohol

Alkohol patří spolu s tabákem k nejvíce užívaným návykovým látkám. Je to látka, která vzniká kvašením cukrů a její psychotropní účinek je zprostředkován ovlivněním několika neurotransmitterových systémů – dopaminergního, noradrenergního, GABAergního a opioidního. Účinek závisí na dávce a dalších individuálních a vnějších faktorech. Při nižších dávkách a na začátku konzumace se působení alkoholu projevuje stimulačně. Dochází k psychomotorické excitaci, mnohmluvnosti, zvýšenému sebevědomí, posléze se objevuje snížení sebekritičnosti a zábrán až agresivita. Při konzumaci vyšších dávek alkoholických nápojů dochází k projevům hlavního efektu etylalkoholu na CNS, kterým je útlum. Objevuje se únava, somnolence, spánek, případně bezvědomí a smrt. Typické somatické příznaky při akutní intoxikaci jsou porucha rovnováhy, svalového napětí, zpomalení reakčního času, nevolnost a zvracení. Při těžších intoxikacích dochází ke kvantitativní poruše vědomí až smrti. Intoxikace má 4 stadia (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015, str. 51-52; Popov in Kalina a kol., 2003, str. 152):

1. excitační stadium = lehká opilost
2. hypnotické stadium = opilost středního stupně

3. narkotické stadium = těžká opilost
4. asfyktické stadium = těžká intoxikace se ztrátou vědomí

Nadměrná konzumace alkoholu má závažné negativní dopady. Kromě vzniku závislosti se všemi psychosociálními důsledky a rozvratem osobnosti, jde především o jaterní cirhózu, akutní a chronickou pankreatitidu, hypertenzi, karcinomy jater, dutiny ústní, hltanu, hrtanu a jícnu, žaludku, tlustého střeva a konečníku, prsu (Müllerová, 2014, str. 126).

Odvykací stav se rozvíjí během hodin až dní po vysazení dlouhodobě užívaného alkoholu nebo po redukci dávek. Příznaky zahrnují psychomotorický neklid, třes, pocení, úzkost, nevolnost a zvracení, tachykardii, hypertenzi, slabost a poruchy spánku. Při vážnějším průběhu se objevují také halucinace, křeče a epiparoxysmy. Člověk, který dlouhodobě pije alkohol může zažít delirium tremens. Jde o deliriózní, blouznivý stav doprovázený svalovým třesem a halucinacemi (Kring & Johnson, 2012). Delirium tremens je nejtěžší formou odvykacího stavu s relativně vysokou mortalitou (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015, str. 53). Léčba odvykacího stavu spočívá v korekci poruch elektrolytové rovnováhy, dostatečné hydrataci a farmakoterapii, při které se provádí substituční léčba na principu zkřížené tolerance užívaných farmak s alkoholem. Nejčastěji se používají benzodiazepiny či klomethiazol (Popov in Kalina a kol., 2003, str. 155).

1.1.2. Opioidy a opiáty

Jejich název se odvozuje od sušené šťávy z nezralých makovic (opia). Účinek opioidů je vyvolán vazbou na specifické receptory pro endogenní opioidy. Způsobují zpomalení psychomotorického tempa a celkové zklidnění. Vyšší dávky navodí spánek, kóma až zástavu životních funkcí. Opioidy se v lékařství používají jako nesilnější léky proti bolesti (analgetika), nebo jako léky proti kašli (antitusika), protože tlumí kašlací reflex (Minařík & Kmoch in Kalina, 2015, str. 55-58).

Opioidy potlačují percepční a lokalizační i psychickou a emocionální složku bolesti, působí euforii a zklidnění až ospalost. Dochází k útlumu dýchacího centra, k poklesu citlivosti na dráždivý účinek acidózy a CO₂, takže může dojít až k zástavě dechu. Svým centrálním účinkem zpomalují dechovou frekvenci, snižují dechový objem a způsobí bronchokonstrikci průdušek. Snížená ventilace plic a pokles pohyblivosti hladkého svalstva řasinkového epitelu bývá příčinou častých respiračních onemocnění. Opioidy a opiáty mají vysoký potenciál pro vznik závislosti. Ta se rozvíjí již po několika týdnech nebo nejpozději několika měsících užívání (Minařík in Kalina a kol., 2003, str. 159-160).

Odvykací syndrom na opioidech sám o sobě neohrožuje život, klinický obraz připomíná rozvinutou virózu. Objevuje se slzení, pocení, neklid, zvýšená dráždivost, svalový třes. Bývá

přítomna horečka, nauzea a zvracení, průjem, hypertenze a tachykardie, záchvaty zimnice střídající se s pocity horka. Typická je také přítomnost bolestí břicha, svalů, zad a končetin (Bečková & Višňovský, 1999, str. 76).

1.1.3. Zneužívaná farmaka s psychotropním účinkem

Skupina zneužívaných farmak je velká, nejčastěji jsou to látky s opioidním a benzodiazepinovým účinkem, kam patří léky ze skupin analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik (Hampl in Kalina a kol, 2003a, str. 187). Dle Minařík & Kmoch (in Kalina a kol., 2015, str. 62) mají psychotropní efekt a potenciál závislosti také psychostimulancia, antiepileptika, antidepresiva, celková anestetika a některá antiparkinsonika, avšak jejich zneužívání je méně časté.

Hlavním společným účinkem analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik je útlum CNS. Po jejich užití dochází k postupné ospalosti, otupělosti, k rozmazané blábolivé řeči. Může dojít k ataxii a vyhasínání reflexů a při předávkování až k bezvědomí. Při dlouhodobém užívání dochází ke vzniku psychické i fyzické závislosti, a to i u těch, kteří dostávají léky na předpis od svého lékaře. Odvykací stav se projevuje neklidem, nespavostí, zvýšenou podrážděností, bolestmi. Může dojít také ke zhoršení prostorového vidění a udržení pozornosti. Při náhlém vysazení zejména vyšších dávek benzodiazepinů a některých hypnotik může dojít až k epileptickému záchvatu typu grand mal (Hampl in Kalina a kol., 2003a, str. 187-190).

Tab. č. 2. – Příklady zneužívaných léků dle Kalina a kol. (2003).

Skupina	Charakteristika	Příklady léků
<i>ANALGETIKA</i>	Neopioidní	ACYLCOFIN, COLDREX
	S opioidní složkou	DINYL, KORYLAN, ALNAGON
	Opioidní agonisté	MORFIN, DOLSIN, DIOLAN
	Opioidní agonisté – antagonisté	KODEIN, BEPHRONAL, SUBUTEX
	Opioidní + noradrenalin + serotonin	TRAMAL
<i>SEDATIVA</i>	Barbituráty	BELLASPON
<i>HYPNOTIKA</i>	Benzodiazepinová	NITRAZEPAN, ROHYPNOL
	Nebenzodiazepinová	HYPNOGEN, STILNOX
<i>ANXIOLYTIKA</i>	Benzodiazepinová	NEUROL, XANAX, DIAZEPAM, LEXAURIN
	Nebenzodiazepinová	MEPROBAMAT

<i>OSTATNÍ</i>	Stimulancia	FENMETRAZIN, RITALIN
	Anorektika (stimulans	ADIPEX RETARD
	Expectorans (stimulans)	SOLUTAN
	Antitusika (opioidní agonisté)	CODEIN, KODYNAL, DIOLAN

1.1.4. Psychomotorická stimulancia

Stimulační návykové látky jsou přírodní (kokain) nebo syntetické (metamfetamin, amfetamin, MDMA) látky, které zbavují člověka únavy, urychlují myšlenkové tempo, aktivují motoriku. Na psychostimulační látky vzniká poměrně snadno psychická závislost vedoucí k nutkavé potřebě opakovaného užívání. Na rozdíl od opiátů není příliš vyjádřena závislost somatická. Mechanismus účinku spočívá ve zvýšení hladiny biogenních aminů (dopaminu, noradrenalinu, popřípadě i serotoninu) na synapsích v centrální nervové soustavě (Bečková & Višňovský, 1999; Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015, str. 70-72).

Při dlouhodobém užívání dochází mimo jiné často k poruchám vnímání a myšlení až ke vzniku toxické psychózy. Metamfetamin je neurotoxický pro dopaminergní nervová zakončení a tím způsobuje postupné poruchy motorických funkcí a paměti, poškozuje hippocampus. Přetížení organismu v souvislosti s užíváním stimulancií může vést až k selhání oběhu a dalších tělesných funkcí (Martins et al., 2011; Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015, str. 72).

1.1.5. Halucinogeny a konopné drogy

Konopné drogy se řadí mezi látky s halucinogenním účinkem. Nejúčinnější látkou je delta-9-trans-tetrahydrocannabinol (THC) a patří sem marihuana a hašiš. Účinek je zprostředkován vazbou na specifické receptory pro endogenní kanabinoidy, které způsobují euforii a uvolnění. Intoxikace, kromě koncentrace a složení drogy, závisí na duševním rozpoložení a okolí uživatele – tzv. „set a setting“. Nejčastěji dochází ke zklidnění, euforii, veselosti a zostření smyslového vnímání. Častý je bezdůvodný, neutišitelný smích a zostření smyslových vjemů. Při intoxikaci dochází ke zhoršení jemné motoriky, prodloužení reakčního času a akceleraci srdeční akce. Může také dojít k úzkostnému stavu, panickým atakám, halucinacím. Při dlouhodobém užívání je typická celková pomalost, hloubavé zabývání se detaily a poruchy krátkodobé paměti. Psychická závislost se objevuje u 8-10 % dlouhodobých uživatelů. Není popisován vzestup tolerance ani závažný odvykací stav, který obvykle zahrnuje poruchy pozornosti, psychomotorický neklid, poruchy spánku a další symptomy (Miovský in Kalina a kol., 2003, str. 176; Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015, str. 64-66).

Halucinogeny jsou skupina přírodních (např. psilocybin, meskalin, atropin, ibogain) a syntetických látek (LSD, PCP, ketamin a další), které vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření až po stavy podobné schizofrenii. Ovlivňují především serotoninergní systém, ale i dopaminergní, noradrenergní a jiné neurotransmiterové systémy. Účinky všech klasických halucinogenů jsou podobné, liší se zejména v délce a intenzitě, která zase závisí na konkrétní látce, dávce a způsobu podávání. Somatické účinky mohou zahrnovat zimnice, třes, nevolnost, nechutenství, xerostomie, parestézie, rozmazané vidění a sympatikomimetické účinky (tachykardie, hypertenze, mydriáza, pocení, bolesti hlavy). Smyslové účinky zahrnují změny ve vnímání tvaru, velikosti, barev a iluzi pohybu. Psychické účinky jsou nepředvídatelné, ale jsou ovlivňované, stejně jako u konopných látek, setem a settingem. Účinky na emoce jsou velmi variabilní a mohou se rychle měnit. Mohou nastat pocity blaha, radosti, míru, úzkosti, depersonalizace, derealizace a paranoia. Orgánová toxicita halucinogenů je různá. Některé, nejčastěji užívané (LSD, psilocybin, meskalin) jsou relativně bezpečné, jiné mohou být velmi toxické (např. muškátový ořech, durman a muchomůrka červená). Odvykací stav se při vysazení látky obvykle nevyskytuje (Bogenschutz & Johnson, 2015; Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015, str. 67-69).

2. DEFINICE A DIAGNOSTIKA ZÁVISLOSTI

Dle ASAM je závislost primární, chronické onemocnění systému odměn, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí mozku. Poruchy těchto funkcí vedou k určitým biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům v patologickém chování jednotlivce, který hledá v užívání návykových látek odměnu či úlevu. Závislost ovlivňuje přenos nervových vzruchů a interakce ve strukturách systému odměny v mozku, což zahrnuje nucleus accumbens, přední cingulární oblast kůry, bazální oblast hemisfér, amygdalu. Mění se motivační preference a závislostní chování, které může nebo nemusí zahrnovat alkohol či jinou návykovou látku, nahrazuje zdravé, sebepečující chování. Bez léčby nebo zapojení do úzdravných aktivit je závislost progresivní a může vyústit v invaliditu až předčasnou smrt (ASAM, 2011).

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom závislosti skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jednání, kterého si kdysi cenil více. Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku, označovaná jako bažení, craving;
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;

- tělesný odvykací stav - výskyt typického odvykacího syndromu pro určitou látku nebo užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky;
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců, závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (Nešpor in Kalina, 2003, str. 218; WHO, 2008).

Syndrom závislosti je klasifikován kódem diagnózy F10 až F19.2. Diagnostika návykových nemocí pravidla zahrnuje diagnostický rozhovor, využívání dotazníkových metod, vyhodnocení údajů z okolí klienta, vyšetření tělesného stavu, laboratorní vyšetření včetně toxikologického a podle potřeby i další speciální vyšetřovací metody, např. psychologické vyšetření. Výsledky uvedených vyšetření se pak porovnají se standardními diagnostickými kritérii a stanoví se diagnóza (Kalina a kol., 2001).

3. PATOGENEZE = FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI

Existuje nepřeberné množství teorií vzniku závislosti. V současnosti pohlížíme na závislost jako na bio-psycho-socio-spirituální problém a vznik, vývoj a udržování závislosti je výsledkem mnoha faktorů, které spolu navzájem interagují. To znamená, že citlivost a zranitelnost mozkových mechanismů i organismu jako celku k působení návykové látky je dána kombinací řady faktorů vnějších i individuálních. Mezi vnější faktory drogových závislostí řadíme různé typy stresu. Člověk je ovlivňován prostředím, ve kterém žije. Individuální faktory vzniku závislosti zahrnují drogově specifické i nespecifické vrozené a genetické předpoklady, dále může hrát při vzniku závislosti roli nezralost organismu – období puberty a dospívání je neurovývojová etapa charakterizovaná špatnou kontrolou chování a silným vyhledáváním limbické odměny, vzrušení, riskování, nových zážitků a sociálních interakcí. Důležitou roli hrají také psychické poruchy (např. deprese, anxiety, ADHD) a jiná onemocnění. Při vzájemné kombinaci těchto faktorů se riziko i závažnost průběhu drogové závislosti zvyšuje (Šustková in Kalina a kol., 2015, str. 142-144).

Dle Kudrle (in Kalina a kol., 2003b, str. 145) při hledání kořenů vzniku závislosti obvykle nacházíme hlubší lidské motivace a potřeby:

1. potřebu vyhnout se bolesti či nalézt zklidnění, ulevit si od bolesti fyzické i duševní, na individuální či na kolektivní úrovni. Patří sem i bolest z prožívané nudy, z neuspokojení, bolest z pocitů odlišnosti od druhých, z nízkého sebehodnocení (což odpovídá účinku opiátů a opioidů),
2. potřebu cítit se energický, výkonný, kompetentní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti (odpovídá účinku stimulancí),
3. potřebu transcendence utrpení v zážitku splynutí a/nebo sebezpřekročení, jednoty se sebou samým a s druhými, jednoty s Bohem a podobně (odpovídá účinku halucinogenních látek).

Neurobiologické hledisko

Vznik závislosti má svůj odraz ve specifických reakcích a změnách na úrovni neurobiologie člověka (Kudrle in Kalina a kol., 2003a, str. 91). Dlouhodobé užívání NL vede k přenastavení či rozvratu řady důležitých mozkových okruhů, což se projeví zvýšením motivační významnosti drogy na úkor přirozených podnětů. Závislost může být z neurobiologického hlediska brána jako onemocnění systému odměny v mozku. Tento systém, který úzce souvisí se systémem emocionálního vzrušení, se nachází převážně v limbických strukturách mozku. Hlavní neurotransmiter podílející se na pocitu odměny je dopamin, ale mohou se podílet i jiné monoaminy a acetylcholin. Anatomickým jádrem systému odměny jsou dopaminergní neurony ve ventrálním tegmentu, které jsou propojeny s nucleus accumbens, amygdalou, prefrontálním kortexem a dalšími strukturami předního mozku. Všechny návykové látky vyvolávají při akutním podání významné vyplavení dopaminu v nucleus accumbens. Toto zvýšení koncentrace je mnohonásobně větší, než je tomu v případě přirozených zdrojů odměny (Šustková in Kalina a kol., 2015, str. 140-152; Vetulani, 2001). Dle Dvořáčka (in Kalina a kol., 2008) ve srovnání s přirozenými zdroji odměny mají drogy, jakožto umělé zdroje odměny, několik odlišností:

1. Dosažení odměny je rychlejší a jednodušší,
2. odměna po užití drogy je nepřiměřeně silná a z hlediska výdeje dopaminu účinnější,
3. organismus nemá dostatečně vytvořeny zpětno-vazebné mechanismy k zastavení přijímání umělé odměny.

Opakovaný zvýšený výdej dopaminu v nucleus accumbens vyvolaný opakovaným užíváním NL, vyvolá sérii komplikovaných adaptací, na jejichž konci jsou změněné vlastnosti i funkce systému odměny s behaviorálními projevy známými jako závislost (Dvořáček in Kalina a kol., 2008, str. 29).

4. EPIDEMIOLOGIE ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ

Drogová epidemiologie je obor, jenž studuje distribuci různých forem užívání psychotropních látek a následků tohoto užívání a faktory, které ovlivňují tuto distribuci nebo o ní rozhodují. Epidemiologie představuje klíčový nástroj pro porozumění drogovému problému, plánování intervencí a pro sledování jejich přiměřenosti a efektivity (Zábranský & Mravčík in Kalina a kol., 2015, str. 648-649). Základní informace ohledně užívání návykových látek určujeme podle těchto klíčových indikátorů:

1. užívání drog v obecné populaci,
2. problémové užívání drog,
3. infekce spojené s užíváním drog,
4. úmrtí spojená s užíváním drog a mortalita uživatelů drog,
5. žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním drog.

4.1. PREVALENCE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V ČESKÉ REPUBLICE

4.1.1. Alkohol

Pití alkoholu v ČR je velmi rozšířené. Ve spotřebě piva dlouhodobě zaujímáme přední místo ve světě. Nadměrně konzumuje alkohol asi čtvrtina všech mužů a asi desetina žen (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015, str. 51). Sovinová & Csémy (2015) ve svém výzkumu zjistili, že průměrná roční spotřeba čistého alkoholu na hlavu (nezahrnující abstinenty) byla v roce 2014 8,3 l. Pravidelné a časté pití (denně nebo obden) udávalo 12,5 % dospělé populace (18,9 % mužů a 6,4 % žen). Časté pití nadměrných dávek alkoholu (tedy 60 g a více při jedné konzumní epizodě) udalo 17 % (25 % mužů a 9 % žen).

Dle výroční zprávy o stavu ve věcech drog z roku 2013 (Mravčík et al., 2014) rizikovou konzumaci alkoholu vykazuje celkem 17–20 % české populace, což je 1,5–1,7 miliónů dospělých osob. Z toho škodlivé pití (s pravděpodobností závislosti na alkoholu) vykazuje 5–8 % populace, tj. 450–700 tisíc dospělých osob.

4.1.2. Nelegální návykové látky

Dle výroční zprávy o stavu ve věcech drog v roce 2015 užilo nějakou nelegální návykovou látku někdy v životě celkem 34,5 % dotázaných ve věku 15–64 let (43,2 % mužů a 25,7 % žen). Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (29,5 %), následované extází (6,3 %), halucinogenními houbami (5,4 %), pervitinem (4,4 %) a LSD (3,1 %). Užití heroinu uvedlo 1,4 % respondentů. Rozsah zkušeností s ostatními nelegálními drogami je v obecné populaci na nízké úrovni. Konzumace všech zmíněných látek je nejvyšší ve věkové kategorii mezi 15–34 lety (Mravčík et al., 2016).

Problémové užívání drog¹

V roce 2015 bylo v ČR odhadnuto 46,9 tisíc problémových uživatelů pervitinu a opioidů, z toho 34,2 tisíc uživatelů pervitinu, 4,5 tisíc uživatelů heroinu a 7,1 tisíc uživatelů buprenorfinu. Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog (IUD) dosáhl v průměru 43,9 tisíc (Mravčík et al., 2016).

4.2. MORTALITA

V roce 2015 bylo zjištěno 104 přímých drogových úmrtí, tj. smrtelných předávkování. Z toho bylo 20 případů smrtelných předávkování opioidy, v 15 případech došlo k předávkování pervitinem a v 1 případě kokainem. V 7 případech šlo o smrtelné předávkování těkavými látkami. V 60 případech byly příčinou předávkování psychoaktivní léky, většinou v kombinaci s alkoholem. V průběhu posledních let počet úmrtí mírně kolísá, avšak stále se daří udržet relativně nízký výskyt počtu smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami. Smrtelných předávkování alkoholem bylo v roce 2015 podle obecného registru mortality odhadováno na 342. Nepřímých úmrtí, tj. úmrtí pod vlivem nelegálních drog a léků z jiných příčin než předávkování, bylo identifikováno celkem 99 a 682 úmrtí, na která měla vliv intoxikace alkoholem. Nejvíce úmrtí bylo v důsledku nehod a sebevražd. (Mravčík et al., 2016).

4.3. POČET ŽÁDOSTÍ O LÉČBU

Dle dostupných informací bylo v roce 2015 evidováno 15 845 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 9522 (60 %) hospitalizací bylo pro poruchy způsobené alkoholem, 6322 (40 %) pro poruchy způsobené nealkoholovými drogami a 1 osoba byla hospitalizována pro závislost na tabáku. Téměř třetinu hospitalizovaných tvořily ženy a necelých 5 % děti a mladiství do 20 let. Necelé tři čtvrtiny hospitalizací se uskutečnily v psychiatrických léčebnách/nemocnicích, více než čtvrtina byla na psychiatrických odděleních nemocnic. U hospitalizací uživatelů nealkoholových drog bylo nejčastější příčinou užívání kombinace látek (50 % všech případů hospitalizace pro nealkoholové drogy), dále užívání stimulancií mimo kokain (34 %), sedativa a hypnotika (6 %), opioidy (5 %) a konopné látky (4 %). Klientelu terapeutických komunit tvoří z jedné třetiny ženy. Většina jejich klientů byli v r. 2015 injekční uživatelé drog (84 %), přičemž největší skupinu tvořili opět uživatelé stimulancií, resp. pervitinu (81 %). Uživatelé opioidů (11 %) a konopných látek (5 %) byli zastoupeni v nižší míře (Mravčík et al., 2016).

¹ Problémové užívání drog (problem drug use) znamená „injekční a/nebo dlouhodobé pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového typu a/nebo kokainového typu (Zábranský & Mravčík in Kalina a kol., 2015).

5. SYSTÉM LÉČEBNÉ PÉČE

V současné době je v ČR vybudován relativně ucelený systém péče (sít' poradenských, léčebných a sociálních služeb) pro uživatele návykových látek. Jednotlivé složky systému odpovídají potřebám klientů, kteří se nacházejí v různé fázi rozvoje závislosti (Richterová Těmínová in Kalina a kol., 2008, str. 369).

5.1. KONTAKTNÍ NÍZKOPRAHOVÁ CENTRA A TERÉNNÍ PROGRAMY

Terénní program je služba prvního kontaktu, kontaktní práce v přirozeném a vlastním sociálním prostředí uživatelů drog (Miovský, 2013, str. 49). Terénní programy probíhají na tzv. otevřené drogové scéně, což jsou ulice a veřejná místa, nebo tzv. uzavřené drogové scény – na bytech, kde se shromažďují uživatelé návykových látek. Cílovou populaci terénních programů tvoří klientela, která není v kontaktu s žádnými sociálními, zdravotními či výchovnými institucemi a terénní pracovník aktivně vyhledává a oslovuje potencionální zájemce o službu. Hlavním cílem této služby je minimalizace negativních důsledků užívání drog jak pro samotné uživatele, tak i pro celou společnost, motivovat uživatele drog ke změně životního stylu směrem k abstinenci a zároveň monitorovat drogovou scénu v daném regionu za účelem vytváření účinných strategií pomoci dané cílové skupině (Richterová Těmínová in Kalina a kol., 2008, str. 370-372). Terénní pracovník poskytuje uživatelům drog výměnu injekčního materiálu a jiných pomůcek snižujících riziko přenosu infekčních nemocí, poskytuje informace ohledně nebezpečného užívání návykových látek a o možnostech léčby a dále zdravotní, sociální a jiné poradenství (Hrdina & Korčíšová in Kalina a kol., 2003, str. 161).

Kontaktní centra jsou podobně jako terénní programy určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě, navíc poskytuje doplňkové služby jako hygienický, potravinový a vitaminový servis. Klientům je umožněn anonymní kontakt a podmínkou pro vstup není abstinence, čímž dochází k odbourání stigmatizace z návštěvy odborné instituce, dochází k navazování kontaktu a budování důvěry mezi klientem a pracovníky. Součástí služeb je zhodnocení psychosociálního stavu klienta, stanovení individuálního plánu péče a cílů práce, uzavření kontraktu a jeho průběžné revidování (Libra in Kalina a kol., 2003, str. 165-167).

5.2. AMBULANTNÍ CENTRA

Ambulantní léčba je vymezena jako ambulantní léčebná a preventivní péče poskytovaná jako zdravotní a/nebo sociální služba. Ambulantní péče o závislé se poskytuje především v ambulantních střediscích pro prevenci a léčbu závislostí, odpovídajících naším „AT ordinacím“, a ve střediscích, které poskytují více strukturovanou denní péči, což jsou denní stacionáře. Mohou mít charakter také následné, doléčovací péče. Cílovou populací

těchto služeb jsou osoby experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé NL, závislí motivovaní i nemotivovaní k abstinenci, absolventi ústavního léčení a osoby s problematikou nelátkových závislostí, rodinní příslušníci těchto cílových skupin. Sestává zejména z komplexní diagnostiky, individuální a skupinové psychoterapie, poradenství, sociální práce, farmakoterapie, socioterapie, rodinné terapie a edukace příbuzných osob klientů. Podstatou intenzivní péče na denních stacionářích je strukturovaný program, jehož principy převzala denní centra pro závislé nejen z terapeutických komunit, ale i z denních center pro duševně nemocné. Klienti do centra dochází obvykle každý den na několik hodin, podmínkou účasti je, aby měli stabilní sociální prostředí a aby měli kde bydlet. Požadována je většinou také abstinence. Terapeutický tým v ambulantních centrech by měl být multidisciplinární vzhledem k povaze problémů a specifickým charakteristikám pacientů (Hampl in Kalina a kol., 2003b, str. 172; Kalina a kol., 2003, str. 179-180; Miovský, 2013, str. 47-48).

Ve specializovaných ambulantních zařízeních probíhá také substituční léčba. Podstatou substituční léčby je nahrazení ilegálně získávané návykové látky látkou – lékem, který má dlouhodobější účinek, aplikuje se perorálně a je předepisován lékařem. Nejčastěji se u nás používá metadon, syntetický opiát podávaný v podobě tinktury, a buprenorfin v podobě tablet pro klienty s nižší tolerancí vůči opioidům. Základním cílem substituční léčby je snížit užívání ilegálních drog a tím redukovat kriminální chování klientů, minimalizovat zdravotní poškození klienta a sociálně ho stabilizovat. Naplnění těchto cílů by mělo finálně vést k abstinenci klienta a ke změně jeho životního stylu (Richterová Těmínová in Kalina a kol., 2008, str. 376-377).

5.3. ÚSTAVNÍ LÉČBA

Dle Kaliny (2001) je ústavní ta léčba, která probíhá v lůžkovém zařízení. V užším smyslu je to léčba na specializovaném oddělení nemocnice nebo psychiatrické nemocnice (léčebny). Podmínkou je vždy lékařské vedení a strukturovaný program. Podle délky ji můžeme rozdělovat na léčbu krátkodobou nebo střednědobou. Dlouhodobá léčba obvykle probíhá jako pobyt v terapeutické komunitě a hovoříme spíše o léčbě rezidenční. Pro ústavní léčbu v nemocnici či léčebně jsou indikováni klienti s vysokým potenciálem pro relaps, rizikovým sociálním okolím a psychickými či somatickými komplikacemi.

Střednědobá ústavní léčba

Tento typ léčby je vymezen délkou 3-6 měsíců a většinou navazuje na akutní lůžkovou péči (např. detoxifikační jednotka). Cílem tohoto typu služby je zaměření na motivační cyklus změny, dosažení a udržení abstinence, na stabilizaci psychického a somatického stavu a na maximálně možnou resocializaci pacienta. Základní model střednědobé léčby v

našich podmínkách vychází z modelu zavedeného Jaroslavem Skálou - tzv. Skálův či Apolinářský model. Tento model obsahuje:

- strukturovaný program;
- režim a pravidla;
- léčebné společenství, které vytváří bezpečné a podnětné prostředí pro samotnou terapii, poskytuje množství interakcí a zpětných vazeb;
- komunitní setkání - prostor pro řešení důležitých problémů léčby, konfrontace s programem a pravidly, úprava legislativy, hodnocení programu a procesu
- skupinová a individuální psychoterapie, kombinující více psychoterapeutických směrů, především KBT a humanistických směrů;
- rodinná a partnerská terapie a poradenství – je zaměřena na úpravu vztahů a vytvoření podpůrného rodinného prostředí;
- pracovní terapie, v rámci které se klienti podílejí na zajištění chodu zařízení;
- volnočasové aktivity a sport (Richterová Těmínová in Kalina a kol., 2008, str. 382).

Komplexní program obsahuje terapeutické aktivity zdravotnické, psychoterapeutické, výchovně-režimové, resocializační, volnočasové a další a jeho základem je strukturovaná léčba, což zahrnuje:

1. **průběh léčby** – léčba jedince je strukturovaná do několika fází různě výrazně od sebe odlišných,
2. **týden** - struktura týdne zajišťuje vyváženou skladbu programu, během týdne se vystřídají všechny části komplexního programu s požadovaným minimem 20 strukturovaných hodin týdně.
3. **den** - v podobě přesného časového rozvrhu jednotlivých aktivit. Strukturovaný program obsahuje ve vyvážené podobě aktivity psychoterapeutické, pracovní, volnočasové atd. (Dvořáček in Kalina a kol., 2003, str. 195-196; Miovský, 2013, str. 53).

Se strukturou léčby úzce souvisí soubor pravidel – režim. Kromě definování zmíněné struktury a pravidel nutných k udržení optimálního terapeutického prostředí, specifikují režim i výhody a sankce podle kvality dodržování režimu. Vzhledem k tomu, že návykové látky mění u pacienta strategie chování zaměřené na získání libosti či odměny, ve smyslu: dosáhnout libosti rychleji, jednodušeji a nutkavěji, je soubor jasných pravidel a pevná struktura v terapii závislostí nezbytnou složkou (Dvořáček in Kalina a kol., 2003, str. 196).

Terapeutická komunita

Terapeutická komunita (TK) je zvláštní forma intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě

skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování (Kratochvíl, 1979). TK nabízí bezpečné prostředí s jasnou strukturou hranic a očekávání a zajišťuje vysoce strukturované prostředí se soustavou pravidel a denním řádem (Kalina, 2008b, str. 17). Pobyt klientů v TK je dlouhodobý (obvykle 6-15 měsíců), rozdělený do několika fází, které se odlišují různou mírou odpovědnosti a pravomocí klientů v komunitní správě. Program se zaměřuje kromě abstinence na obnovu fyzického a psychického zdraví, na prevenci a řešení sociálního vyloučení a práci na sociálním začlenění včetně obnovení rodinných a dalších blízkých vztahů (Miovský, 2013, str. 53).

Součástí programu jsou aktivity, při kterých terapeuti působí jako průvodci klientů. Ti nesou odpovědnost za uskutečnění kroků, které si naplánovali ve spolupráci s terapeuty a dalšími členy komunity. Jednotlivé aktivity jsou:

- **Setkání komunity** – probíhají denně a slouží pro řešení důležitých problémů života komunity, přijímání rozhodnutí a sdílení informací.
- **Skupinová terapie** – zde se využívají psychodynamické a kognitivně-behaviorální přístupy.
- **Individuální terapie** – každý klient má určeného terapeuta (garanta) odpovědného za vedení jeho případu po celou dobu pobytu.
- **Práce s rodinou** – návštěvy rodinných příslušníků klientů, případně mohou strávit v komunitě několik dní a aktivně se účastnit programu, přičemž jsou realizována rodinná sezení s terapeuty.
- **Pracovní terapie** – klienti jsou hierarchicky uspořádáni tak, že nejméně zodpovědné práce vykonávají klienti nižších fází programu a více zodpovědné ti, kteří jsou v komunitě delší dobu.
- **Vzdělávání** – zahrnuje témata prevence relapsu, filozofie a principů terapeutické komunity, zvyšující právní podvědomí atd.
- **Volnočasové, sportovní, zátěžové aktivity a jiné rehabilitační techniky.**
- **Sociální práce** – pomáhá řešit problémy z oblasti sociální a pracovněprávní, trestního, občanského či rodinného práva (Adameček & Radimecký in Kalina a kol, 2015, str. 456-457).

5.4. NÁSLEDNÁ PÉČE

Následná péče je nedílnou součástí procesu léčby a tvoří jeho poslední fázi. Cílem je resocializace, plnohodnotné sociální začlenění uživatelů drog do podmínek běžného života a udržení již navozených změn v životním stylu a chování z předchozí léčby. Dalším cílem je udržení abstinence klienta, prohlubování dovedností, jak předcházet relapsu, podpora osobního růstu a změn v sebepojetí klienta. Často jsou programy následné péče založeny na formě odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců, a důležitou roli hrají také svépomocné skupiny (Pavlovská & Makovská Dolanská in Kalina a kol, 2015, str. 469-470; Miovský, 2013, str. 50). První rok po dokončení léčby je období velkých změn v životě klienta a je označováno jako nejvíce rizikové. Pravidelná docházka do doléčovacího programu byla ve výzkumu Arbour et al. (2011) spojena s dlouhodobější abstinencí.

Doléčovací programy poskytují podpůrnou individuální a skupinovou psychoterapii, sociální práci, prevenci relapsu, nabídku volnočasových aktivit a dle svých možností i chráněné bydlení, chráněná pracovní místa a rekvalifikaci (Miovský, 2013, str. 50).

6. ZÁKLADNÍ NÁSTROJE POUŽÍVANÉ V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI

6.1. ADIKTOLOGICKÉ PORADENSTVÍ

Adiktologické poradenství definuje Vondráčková (in Kalina a kol., 2015) jako proces, při kterém adiktolog ve vztahu partnerské spolupráce poskytuje klientovi s adiktologickými problémy informace, rady, vedení a podporu při řešení jeho závislostního chování nebo problémů s ním úzce spojených. Můžeme klientovi poskytovat informace z oblasti psychologie, práva, sociální práce a zdravotnictví. Miller (2011) rozlišuje čtyři aspekty adiktologického poradenství na krizovou intervenci, individuální, skupinovou a rodinnou terapii.

Adiktologické poradenství je poskytováno v různé podobě v celém systému adiktologických služeb. V terénních programech bývá klientům často nabízeno poradenství při řešení zdravotních problémů nebo sociální situace. V rámci psychologického poradenství může dojít na krátkou motivační či krizovou intervenci. V nízkoprahovém kontaktním centru je o něco větší prostor pro poradenství, protože klienti vstupují do pracovního vztahu s adiktologem. Je možná již dlouhodobější práce s motivací a strukturované psychologické poradenství, jehož cílem je změna závislostního chování a vedení klienta směrem k léčbě. V ambulantní a ústavní léčbě je adiktologické poradenství důležitou součástí komplexního programu při procesu uzdravy. Vzhledem k tomu, že závislé osoby jsou často různým způsobem v konfliktu se zákonem, poskytujeme poradenství v oblasti trestněprávní. Je třeba zaměřit pozornost také na sociální stabilizaci

klienta. Je možné poskytovat poradenství při řešení dluhů, zaměstnání, bydlení.

V doléčovacích zařízeních hraje důležitou roli sociální poradenství, které se zaměřuje na stabilizaci klienta v „novém“ životě“. Klienti řeší především dluhy, bydlení, zaměstnání a trestněprávní záležitosti (Vondráčková in Kalina a kol., 2015, str. 310-312).

6.2. PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie je důležitou součástí léčby závislostí a její uplatnění najdeme v různých modifikacích opět na všech úrovních systému péče o uživatele návykových látek a závislé – od nízkoprahových a substitučních programů až po terapeutické komunity a následnou péči (Kalina & Miovský in Kalina a kol., 2008). Existují velmi odlišné směry a formy psychoterapie. Stejně tak existují různé definice psychoterapie, které odrážejí různé směry a školy. Psychoterapie se zaměřuje především na člověka a jeho problémy se sebepojetím, vlastním životním příběhem, vztahy k druhým a ke světu (Kalina, 2013, str. 24-25). Obecně ji můžeme dělit na formu individuální a skupinovou.

Při léčbě závislostí je skupinová psychoterapie poměrně hojně využívanou metodou práce. V současném léčebném spektru se však často využívá kombinace individuálních a skupinových metod s ohledem na potřeby klienta v různých obdobích jeho cesty ke změně. Programy na principech terapeutické komunity kladou zásadní důraz na skupinovou formu, jelikož zpětná vazba od ostatních klientů a pocit sounáležitosti a soudržnosti má nenahraditelný terapeutický potenciál (Kalina & Miovský in Kalina a kol., 2008, str. 175-176).

Nejčastěji používanými psychoterapeutickými přístupy v léčbě závislostí jsou kognitivně-behaviorální a psychodynamické přístupy. Využívají se ale také prvky gestalt terapie a další.

6.3. PRÁCE S MOTIVACÍ

Motivace znamená proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Vlivem drog se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění. U závislého dochází k poklesu zájmu o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog a také dochází ke snížení energie, kterou jedinec potřebuje k osobnostnímu růstu a prosperitě. Je jedním z důležitých faktorů, které rozhodují o úspěšnosti léčby závislostí (Kalina a kol., 2001).

De Leon (2000) vidí motivaci k léčbě jako součást komplexu „Essencial Treatment-Related Perceptions“, k němuž patří vnější okolnosti (circumstances), připravenost k léčbě

(readiness), vnitřní motivace (motivation) a vhodný matching² (suitability) = škála CRMS³, znamená to, že:

- klient vnímá tlak vnějších okolností na vstup do léčby, u držení v léčbě a dosažení přínosu, nemusí mít však vnitřní motivaci;
- klient má motivaci z vnitřních důvodů, z prožívané potřeby osobní změny, nemusí však být připraven nastoupit léčbu a může hledat jiné cesty ke změně;
- klient je připravený k léčbě a odmítl ostatní alternativy hledání změny, nemusí však vnímat navržený typ léčby jako odpovídající svým potřebám a přijímat jeho filosofii;
- klient vnímá doporučený typ léčby jako vhodný pro sebe a svou situaci a akceptuje jeho cíle, záměry a celkovou filosofii (Kalina, 2008, str. 294).

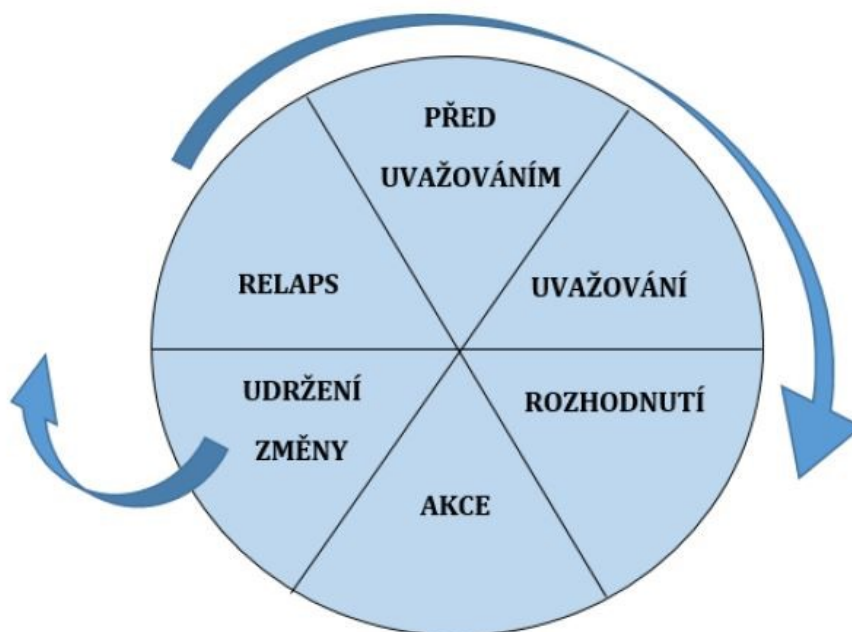
Dle Kaliny (2008, str. 294-295) jsou v terapeutickém procesu důležité zejména motivace a připravenost, ale tlak vnějších okolností může získání vnitřní motivace významně ovlivnit. Škála CMRS se využívá jako prediktor udržení klienta v léčbě.

K hledání a rozvíjení vnitřní motivace a ke změně chování využíváme techniku motivačních rozhovorů, která vychází z toho, že skutečná a dlouhodobá změna chování je spojena i se změnou postojů a prožívání. Metoda motivačních rozhovorů vznikla původně v léčbě závislosti, ale v současnosti se využívá i v jiných oblastech, například u pacientů s chronickými somatickými onemocněními, duálními diagnózami, obezitou a nezdravým životním stylem. V průběhu léčby závislosti mohou motivační rozhovory sloužit k podpoře uskutečňování dalších kroků a setrvání v léčbě, ale můžeme je využít také v rámci komplexnějších terapeutických přístupů, kde je potřeba facilitovat dobrý pracovní vztah, podpořit zájem a zaměření spolupráce ve směru změny, což se týká i metod práce s tělem (Soukup, 2014, str. 15-17).

Léčba vedoucí pacienta k rozhodnutí ke změně má charakteristický průběh. Motivační kolo změny (Prochaska a DiClemente, 1982) nám může pomoci si uvědomit, co klient právě v tuto chvíli potřebuje – viz obr. č. 1.

² Matching – výběr intervencí, určitého typu služby dle typu klienta, jeho problému a zakázky (Jeřábek in Kalina a kol., 2015b, str. 247).

Obr. č. 1: Kolo změny dle konceptu J. O. Prochaska a C. C. DiClemente (1982).



Za hlavní nástroj změny je považována technika posilování motivace, která má tyto zásady:

- Projevování respektu
- Reflexivní naslouchání (porozumění, naslouchání, komunikování).
- Poskytování pozitivní zpětné vazby. Ocenění pokroků v léčbě a ocenění pacientových schopností.
- Terapeut se nedostává s pacientem do konfliktu.
- Respektování nemoci a z ní pramenícího chování pacienta. V určité fázi, nejčastěji v počátku léčby není vhodná konfrontace, později upozorňujeme na rozpor mezi
- chtěným a reálným chováním pacienta.
- Podpora důvěry ve vlastní síly a soběstačnosti (Hátlová in Hošek & Tilinger, 2007)

6.4. PREVENCE RELAPSU

Neexistuje jednotná definice pojmu „relaps“. Hendershot et al. (2011) ho definují jako překážku, která se objeví v průběhu procesu dosahování a udržení změny. Prevence relapsu chápe relaps jako měnící se proces, který se začíná rozvíjet již před užitím a pokračuje do doby po užití návykové látky. Nejde o selhání léčby, ale spíše o zpětnou vazbu. Dle Pavlovské (in Kalina a kol., 2015, str. 480) je třeba téma relapsu netabuizovat, pracovat s ním a vést klienty k osvojení mechanismů, které využijí ke zvládnutí rizikových situací. Mezi takové rizikové situace dle Marlatt a Gordonové (1985) patří negativní emocionální stavy, interpersonální konflikty či sociální tlak.

Prevence relapsu je uceleným kognitivně-behaviorálním přístupem, který se zaměřuje na zvyšování sebeřízení a sebekontroly závislostního chování (Marlatt & Gordon, 1985 podle Kalina, 2013, str. 339). V současnosti se prevence relapsu využívá nejvíce v oblasti následné péče, avšak je vhodné ji aplikovat již během léčby (Pavlovská in Kalina a kol., 2015, str. 490). Prevence relapsu kombinuje nácvik dovedností zvládání, kognitivní restrukturalizaci a intervence zaměřené na stabilizaci životního stylu (Kuda in Kalina a kol., 2003, str. 17). Kognitivní složka posiluje sebedůvěru klientů, porozumění vlastním myšlenkám a chování a znalost rizik užívání NL. Behaviorální složka může zlepšit klientovu schopnost zvládat stres a nutkání. To může být například pomocí relaxačních technik či meditací (Pavlovská in Kalina a kol., 2015, str. 484-488). Prevence relapsu však nemusí být striktně metodou kognitivně-behaviorální. Je možné využít i psychodynamické terapeutické přístupy, například v rozpoznávání zdánlivě nevýznamných rozhodnutí, která mohou klienta dovést do vysoce rizikové situace. Klient si obvykle tento proces neuvědomuje, jsou to nevědomé psychologické obrany, které jsou v psychodynamické terapii často předmětem pozornosti (Pavlovská in Kalina a kol., 2015; Kalina, 2013).

6.5. DALŠÍ POMOCNÉ TERAPIE

V léčbě závislostí se využívá velké spektrum „pomocných“ terapií, které jsou součástí komplexního programu. Je možné využití různých expresivních technik, které využívají umění a poskytují prostor pro projevení emocí, vnitřní rozvoj a sebepoznání. Mezi expresivní terapie patří muzikoterapie, arteterapie, poetoterapie, dramaterapie a tanečně-pohybová terapie (Zajíčková, 2011). V léčbě závislostí může být užitečná také gestalt terapie, která pomáhá zlepšit sebeuvědomění na úrovni tělesné i duševní a rozvíjí spontánnost i zodpovědnost za vlastní jednání (Nešpor & Csémy, 1996, str. 90).

IV. SPECIÁLNÍ ČÁST: Pohybová aktivita u pacientů v ústavní léčbě závislostí

7. REHABILITACE V PSYCHIATRII

Fyzická kondice a aktivita psychicky nemocných pacientů je obvykle ve srovnání s obecnou populací výrazně horší (Hátlová & Adámková in Kolář et al., 2009, str. 672). Je zjištěno, že psychiatrickí pacienti mají v důsledku déletrvajících nemocí celkovou svalovou ochablost, pocit neustálé unavenosti, což vyvolává obavy z další námahy, a proto se jí vyhýbají. Svalová ochablost je doprovázena ochablostí biologických a fyziologických funkcí, držení těla, dechové a oběhové soustavy (Hátlová, 2003, str. 32).

U lidí s psychickým onemocněním můžeme také často pozorovat:

- zkreslené vnímání svého těla
- narušené pohybové vzorce chování
- změnu stability a těžiště těla
- nekoordinovanost částí těla.

Pro nemocné, kteří ztrácejí vnímání celistvosti těla a jeho funkcí, schopnost ovládat své tělo, je terapie zaměřená na vnímání těla a využívání pohybu vhodná.

V oblasti pohybové terapie psychiatrických onemocnění se u nás od roku 1990 začala vyvíjet kinezioterapie – z pohledu evropského zařazení jde o psychomotorickou terapii zaměřenou na prevenci a léčbu psychických poruch a psychiatrických onemocnění (Hátlová & Adámková in Kolář et al., 2009, str. 672).

7.1. PSYCHOMOTORIKA

Pojem psychomotorika představuje v tom nejširším slova smyslu úzké spojení psychiky (duševních procesů) a motoriky (tělesných procesů, pohyb). Poukazuje na těsnou souvislost psychického a motorického prožívání (Herm, 1997). Psychomotorika je systém tělesné výchovy, který využívá pohyb jako výchovného prostředku. Hovoří se o výchově pohybem. Nesoustřeďuje se pouze na rozvoj pohybových schopností, na tělesnou zdatnost, ale i na psychickou a společenskou složku osobnosti každého jedince (Blahutková, 2003).

Cílem psychomotoriky je tedy především prožitek z pohybu, vytváření bio-psycho-sociální pohody, upevňování pozitivního vztahu k pohybové aktivitě, osobní růst, zdraví, rozvoj pohybových dovedností. Jedním z cílů je také to, aby byl člověk schopen pochopit a poznat sám sebe, našel kladný vztah ke svému okolí a dokázal navazovat kontakt s lidmi, kteří v něm žijí (Mezinárodní konference psychomotoriky).

Psychomotorická terapie se snaží pohybem získat přístup k pacientovi a prostřednictvím osobních prožitků dosáhnout ovlivnění jeho psychiky ve smyslu uvědomění si vlastního psychosomatického „já“ a jeho možností. Smyslem je přivést jedince k práci na sobě samém, pomoci mu objevit způsoby, jak přistupovat ke svým problémům, nechat mu prostor, aby tyto cesty sám objevoval. Tím je podněcována aktivita jedince. Zdůrazňovány jsou neverbální prvky a postupně je vyvolávána potřeba verbální komunikace (Hátlová, 2003, str. 34).

Dle Hátlové et al. (2013) jsou pro rozvoj psychomotorické terapie v Čechách důležité zejména poznatky českých neurologů se zaměřením na kineziologii. Rozvoj psychomotorické terapie ovlivnil především František Věle, podle něhož úkolem terapeuta není vyšetřovat pouze poruchu pohybové mechaniky, působenou patologickou změnou struktury, ale vyšetřovat především poruchu pohybové funkce celé pohybové soustavy, neboli poruchu pohybového chování, která je ovlivňována poruchami struktury i poruchami řízení pohybu z centrální nervové soustavy (Věle, 2012, str. 12)

Mezi terapeutické metody, jejichž účinnost je zčásti experimentálně a empiricky ověřena, patří:

- **Psychomotorická terapie:** pracuje s tělesným vnímáním a pohybovým chováním. Řadí se pod ni:
 - **kinezioterapie** – česká forma psychomotorické terapie
 - **adventure therapy** – psychomotorická terapie užívající jako prostředek změny prožitků při emocionálně zaměřených pohybových činnostech v prostředí přírody
 - **psychomotor fitnesss training** – terapie, která užívá jako prostředek změny prožitků při provádění sportovních činností
- **Body awareness therapy:** terapie zaměřená na tělesné prožívání tělesných pocitů při pohybu. Zaměřuje se na držení těla, koordinaci pohybů, dýchání, vnímání emocí vyjadřovaných pohybem, vnímání druhých v neverbální komunikaci.
- **Konzervativní Bewegungsterapie:** německý systém psychomotorické terapie zaměřené na tělo
- **Taneční a pohybová terapie:** zahrnuje velkou nesourodou skupinu pohybových terapií užívajících jako prostředek taneční expresivní prvky k vyjadřování pocitů (Hátlová & Adámková in Kolář et al., 2009, str. 671).

7.2. KINEZIOTERAPIE

Kinezioterapie je podpůrnou léčebnou metodou, která působí paralelně vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální, psychologické a chirurgické terapie. Pomáhá člověku dosáhnout somatopsychické rovnováhy. Během terapeutického procesu terapeut

napomáhá pacientovi k úplnějšímu sebezpoznání a poznání vlastních možností tak, aby je mohl využít k rozvíjení své osobnosti, nárůstu seberegulace a tím ke kvalitnějšímu způsobu života (Hátlová, 2003, str. 34).

Kinezioterapie se inspirovuje psychoterapeutickými přístupy na bázi terapií učení a chování. Vychází z předpokladů, že:

- každá psychická změna se odrazí ve funkci CNS a následně v celém těle a jeho pohybu,
- pohyb je schopen zaznamenat, ocenit a zobrazit míru vnímané změny,
- vnímání a jeho tělesné zobrazení v těle a v pohybu těla tvoří jednotu. Je-li tato jednotu narušena, zobrazí se tato nejednota v chybném vnímání svého těla (tělesného schématu) a následně v chybné reakci, jejíž součástí je pohybové chování (v chybném pohybovém chování),
- pohybové zkušenosti se sebou samým se transferují do ostatních oblastí osobnosti jedince,
- pasivní a aktivní pohyb má nepochybně pozitivní vliv na psychosomatický stav jedince
- aktivně prováděný pohyb (na základě vlastního rozhodnutí a vlastní aktivity) má vliv na rozvoj osobnosti, sebeoceňování a sebekoncepci (Hátlová et al., 2007).

Kinezioterapie jako somatoterapeutická aktivita pomáhá pacientům znovu nalézat:

- vědomí pohyblivosti – uvědomění vlastního těla, jeho možností a následně možností jeho ovládání,
- psychosomatickou jednotu – propojení vnitřního a vnějšího světa,
- pozitivní sebepřijetí a integritu těla,
- tělesnou symboliku,
- emoční spontaneitu – v průběhu pohybu není omezován emoční projev a u řady programů je naopak iniciován a chápán jako adekvátní součást sebevyjádření,
- tvořivost,
- sociální akceptovatelnost - snadnější navázání kontaktu pomocí neverbální komunikace (Hátlová & Adámková in Kolář et al., 2009, str. 679).

Hátlová (2003, str. 41-44) rozděluje různé formy kinezioterapie podle přístupu, ze kterého vychází. Tyto formy jsou vytvářeny a modelovány s ohledem na postižení a aktuální psychosomatický stav nemocného a možnosti kinezioterapie tak, aby bylo působeno na předem vybrané složky osobnosti.

1. **Integrativně zaměřená kinezioterapie** – pacient je veden k neustálému uvědomování si vlastního těla, jeho celistvosti i částí, postavení částí těla navzájem a v prostoru. Tímto uvědoměním je možné zmírnit míru dezintegrovanosti.

2. **Koncentrativně zaměřená kinezioterapie** – vede k vědomému sledování prováděného pohybu a jeho účinku, reguluje dýchání, napětí svalů.
3. **Kinezioterapeutické aktivně relaxační programy** – zaměřují se na iniciaci kognitivních a emočních procesů.
4. **Kinezioterapeutické programy zvyšující sebedůvěru a důvěru v druhé** - zaměřují se na iniciaci kognitivních a volných procesů. Pomocí cvičení dochází k ověřování vlastních schopností a možností. Mohou být prováděny v malé skupině.
5. **Kinezioterapeutické komunikativní programy** – vycházejí z předpokladu snadnějšího navázání kontaktu pomocí neverbální komunikace. Zaměřují se na sociální dimenzi, vnímání spoluúčasti a spolupráce, na iniciaci kognitivních a komunikativních procesů.
6. **Terapeutické využití sportovních cvičení** – důraz se klade na přesné dodržování příkazů a zákazů v určité hře, což slouží k uvědomění si řádu jako jistoty.

8. PROSPĚŠNOST POHYBOVÉ AKTIVITY A KINEZIOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

Pohybová aktivita v léčbě závislých má pozitivní vliv po stránce psychické, sociální, behaviorální, sociální, zdravotní, ale také na úrovni fyziologické a neurobiologické.

Cvičení je považováno za efektivní nástroj prevence relapsu, a to zvláště díky možnému pozitivnímu účinku na psychiku jedince. Fyzická aktivita způsobuje zlepšení nálady, ovlivnění systému odměn v mozku, snížení depresivních symptomů, poruch spánku a poruch kognitivních funkcí. Všechny tyto účinky mohou vést ke snížení rizika recidivy (Brown et al., 2010). Fyzická aktivita působí na stejné receptory v mozku jako návykové látky, což způsobuje zvýšení koncentrací dopaminu, který ovlivňuje náladu (Kaur et al., 2013). Kromě dopaminu zvyšuje cvičení koncentrace beta-endorfinů, epinefrinu, norepinefrinu a serotoninu (Linke & Ussher, 2014). Účinek na serotoninergní systém může alespoň částečně vysvětlit pozitivní efekt pohybové aktivity na psychiatrická onemocnění jako deprese a úzkost, spojené se stresem (Greenwood & Fleshner, 2011).

Stres je často faktorem podílejícím se na vzniku relapsu. Některé studie prokázaly, že cvičení může působit proti každodennímu stresu a že reakce na psychosociální stresory je u trénovaných lidí menší v porovnání s netrénovanými (Zschucke et al., 2012). Nešpor (2010) tvrdí, že tělesná aktivita (chůze, cvičení, tělesná práce atd.) pomáhá zvládat bažení (craving) a také rizikové emoce, což pak zlepšuje sebeovládání pacienta. Dle Linke & Ussher (2014) zapojení do cvičení zvyšuje sebe-účinnost pacienta, což zvyšuje motivaci ve cvičení pokračovat. Zvýšení sebe-účinnosti zvyšuje pravděpodobnost dosažení a udržení abstinence.

Vhodná cvičení, jestliže jsou praktikována pravidelně, pomáhají vytvářet zdravější životní styl. Závislý se také v souvislosti s nimi může dostat do bezpečnější společnosti lidí, kteří žijí relativně zdravě (Nešpor, 2010). Dle Kaur et al. (2013) může udržování fyzické aktivity být také prevencí proti rozvinutí zdravotních komplikací v dalších letech závislého. Pravidelné cvičení má potenciál ke snižování rizik a příznaků chronických chorob, jako jsou kardiovaskulární onemocnění či diabetes (Dolezal et al., 2013).

Využití cvičení jako doplňkové terapie při léčbě závislosti na opiátech nemá pouze psychologický a sociologický vliv, ale jeho přínos můžeme pozorovat také na úrovni fyziologické a neurobiologické.

Pareja-Galeano & Sanchis-Gomar (2013) popisují roli jednoho z nejdůležitějších regulátorů závislosti, podílejícím se na projevech fyzické závislosti - transkripčního faktoru CREB (cAMP response element-binding protein), který velkou měrou přispívá ke změnám v genetické expresi vyvolanými užíváním drog. Může, dle části mozku, kromě jiného ovlivňovat návykové (nucleus accumbens), závislostní (locus coeruleus a periaquedukální šed'), depresivní (nucleus accumbens), nebo úzkostlivé (hippocampus a lůžkové jádro stria terminalis) chování. Ukázalo se, že jeho účinky mohou být příznivé i nepříznivé, dle lokalizace v mozku, a jeho aktivita je regulována jeho fosforylací. Morfin způsobuje inhibici fosforylace CREB v locus coeruleus, což je důležitá část pro fyzickou závislost a odvykací příznaky. Tato inhibice způsobuje při chronickém užívání opiátů toleranci. Při vysazení látky a přerušení inhibičního účinku se fosforylace CREB proteinu významně zvýší, což způsobuje intenzivní odvykací stav (Carlezon et al., 2005; Kaste, 2009). Bylo zjištěno, že pohybová aktivita aktivuje CREB v hippocampu, kde se CREB podílí na antidepresivním účinku (Pareja-Galeano & Sanchis-Gomar, 2013).

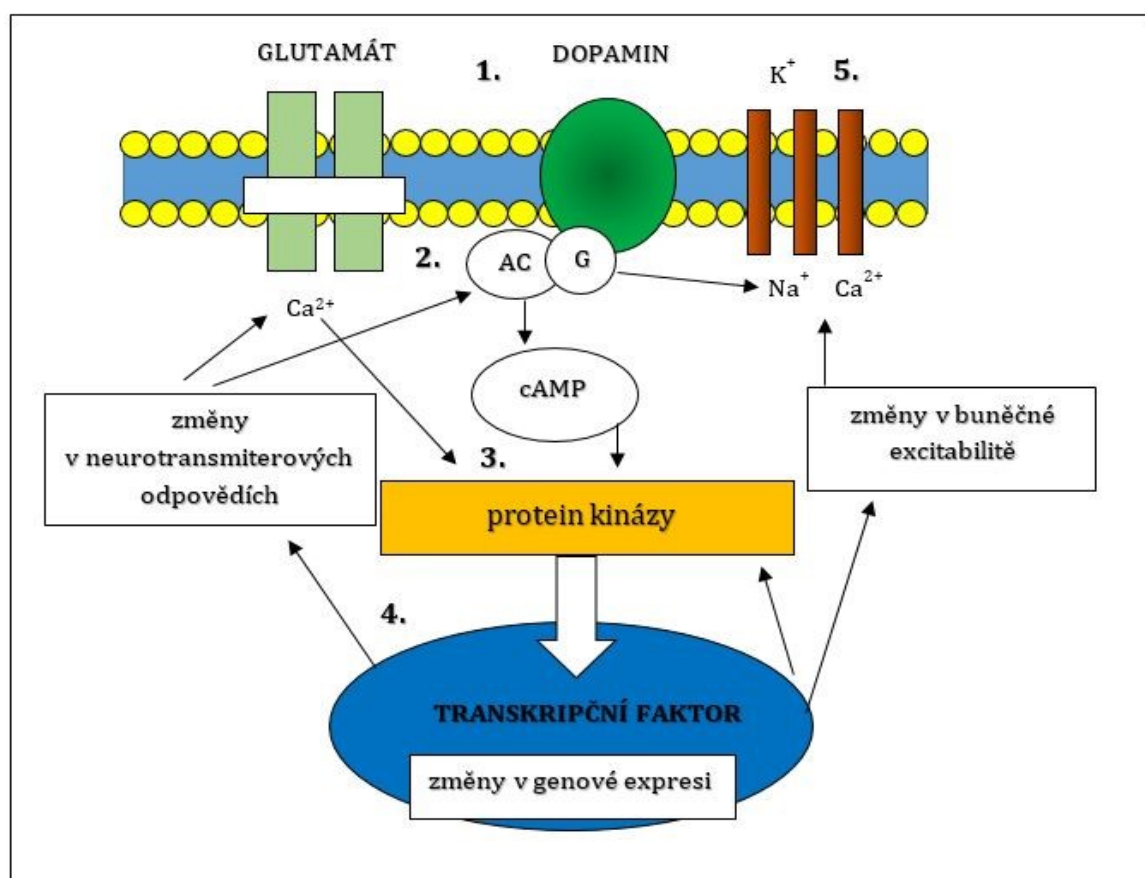
Tab. č. 3: Shrnutí behaviorálních účinků spojených se zvýšenou fosforylací CREB v různých oblastech mozku (Kaste, 2009).

Oblast mozku	Účinek zvýšené fosforylace CREB
Hippocampus	Anti-depresivní účinek
Nucleus accumbens	Depresivní účinek, anhedonie
	Snížený odměňující účinek užívání NL
	Snížení psychomotorické senzibilizace
Amygdala	Anti-úzkostlivý účinek
Ventrální tegmentální oblast	Zvýšený odměňující efekt užívání NL

Laterální část hypothalamu	Zvýšený odměňující účinek užívání morfinu
Locus coeruleus	Zvýšení abstinenčních příznaků po vysazení opiátů

Obr. č. 2: Molekulární mechanismy adaptace neuronů vyvolané užíváním návykových látek dle Kaste, 2009).

Příklad iontového kanálu s ligandem (receptor NMDA) a receptoru s G proteinem (dopaminový receptor) (1). Tyto receptory modulují aktivitu druhých posílů, což je cAMP a Ca^{2+} (2), které regulují aktivitu proteinkináz (3). Ty zase ovlivňují kromě jiného aktivitu transkripčních faktorů (4). G proteiny mohou také přímo regulovat kanály pro K^+ a Ca^{2+} (5). Změny aktivity transkripčních faktorů mohou vést k dlouhodobým funkčním změnám, jako je změna exprese proteinů zapojených do přenosu signálu a / nebo neurotransmise, což vede ke změně neuronální odpovědi.



Cvičení má také vliv na uvolňování endogenních opiátů v centrálním a periferním nervovém systému, které způsobují pozitivní ovlivnění nálady. Endogenní opioidy mají podobné chemické vlastnosti jako opiáty, což může poskytovat určitou náhradu za užívání NL (Weinstock et al., 2012).

V současnosti existuje relativně malý počet dostupných studií, které by zjišťovaly prospěšnost fyzické aktivity v ústavní léčbě závislostí. Nejvíce pozornosti ve vztahu pozitivního účinku fyzické aktivity bylo v dosavadních studiích věnováno v souvislosti se

závislostí na nikotinu (Brown et al., 2010). Nejméně výzkumu bylo zrealizováno mezi závislými na „tvrdých“ nealkoholových návykových látkách (Zschucke et al., 2012).

Collingwood et al. (1991) provedl klinickou studii 8-9týdenního strukturovaného fitness programu s dospělými uživateli návykových látek. Tito účastníci na konci programu ukázali zlepšení fyzické výkonnosti, snížení užívání návykových látek a zvýšení procenta udržení abstinence.

Další výzkum zrealizoval Williams (2000), který spočíval v 12týdenní intervenci mezi pacienty v léčbě závislostí, což zahrnovalo jednou týdně silový trénink a dále bylo pacientům doporučeno provádět aerobní cvičení v průběhu celého týdne. 11 z 20 respondentů dokončilo trénink a Williams potvrdil, že cvičení může být nápomocné v udržení abstinence.

Brown et al. (2010) provedli výzkum, ve kterém poskytovali pacientům v léčbě závislosti 12týdenní aerobní trénink se zátěží mírné intenzity, který probíhal jednou týdně. Výsledky této studie odhalily, že účast na cvičeních byla vysoká a na konci této 12týdenní intervence se prokázal pozitivní účinek na kondici kardiorespiračního systému. Kromě toho ve srovnání s výchozí hodnotou bylo významně zvýšené procento dnů abstinence od alkoholu a jiných drog, a to nejvíce u těch respondentů, kteří se zúčastnili alespoň 75 % z tréninků.

Roessler zrealizovala v roce 2010 výzkum, kdy se klienti závislí na různých návykových látkách účastnili aerobního cvičení 3x týdně po dobu 6 měsíců. Na konci intervence měli účastníci zvýšenou fyzickou kondici v průměru o 10 %. Subjektivně respondenti uváděli kromě pocitu zvýšení energie také lepší tělesný pocit a zlepšení povědomí o vlastním těle. Zároveň ale uvedli vyšší citlivost pro bolest než na začátku trénování. Pacienti také uvedli méně sociálních problémů než na začátku intervence a snížení nutkání užívat návykové látky (z 65 % na 47 %).

Dolezal et al. (2013) provedli 8-týdenní studii u pacientů léčících se se závislostí na metamfetaminu, která spočívala v kombinaci vytrvalostního i silového tréninku třikrát v týdnu. Pacientům byly naměřeny hodnoty $VO_{2\max}$, svalová síla (pomocí testu 1-RM), výdrž (85 % z 1-RM) a hodnota tělesného tuku (FM%) na začátku a na konci studie. Všechny tyto hodnoty se po 8 týdnech pravidelného cvičení změnily v pozitivním směru. Na základě tohoto výzkumu doporučují, aby byl při cvičení pacientů přítomen kvalifikovaný odborník. Nedostatek struktury, instrukcí a dohledu pravděpodobně nepůsobí na změny ve fyzické výkonnosti či zlepšení stavby těla. Naopak přítomnost odborníka, který pacienty vede, může pomoci zlepšit kondici a snad i zlepšit celkové výsledky léčby u jednotlivců závislých na metamfetaminu.

Dle Hártlové (2003, str. 93-94) je záměrem kinezioterapie v léčbě závislostí vést pacienta k sebekonfrontaci a kognitivnímu přehodnocení prostřednictvím uvědomování a sebereflexe. Úkolem terapeuta je vytvořit takové prostředí, které usnadní pacientovu vnitřní motivaci ke změně. Zásady pro provádění kinezioterapeutických programů v léčbě závislosti jsou:

1. vyjádření pozitivního vztahu,
2. podpora sebedůvěry závislého.
3. získání zájmu závislého o terapii.
4. v průběhu terapie je možno zdůraznit rozpor mezi aktuálním chováním závislého a jeho představami o sobě,
5. nepřipustit spor se závislým.

Hártlová & Adámková (in Kolář et al., 2009, str. 674) doporučují pro kinezioterapii, jež je součástí komplexní dlouhodobé programové léčby, tyto postupy: Na začátku zařadit koncentrativně relaxační, zdravotní, taktilní nebo jógová cvičení a následně aktivně relaxační cvičení ke snížení tenze a posílení integrovanosti psychiky. U žen doporučují taneční krokové variace a rytmická cvičení, u mužů spíše zdravotně-gymnastická cvičení. V další fázi doporučují programy zvyšující sebedůvěru, důvěru v druhé a schopnost spolupráce. V následné léčbě by měly být nabízeny pohybové programy s aerobní zátěží umožňující cílevědomé ovlivňování sebe sama, možnost prosadit se ve skupině vlastními silami. U mužů doporučují běh, sportovní hry, posilování a problémové hry, u žen běh, gymnastické cvičení aerobního charakteru a sportovní a problémové hry.

Dle Nešpora (2005) je v léčbě závislostí vhodnější využití nesoutěživých cvičení a takových cvičení, jejichž cviky nebo varianty cviků lze volit s ohledem na specifické možnosti jednotlivých pacientů. Nesoutěživé cvičení je dle něj užitečné také jako prevence úrazů, jelikož k úrazům mají závislí značný sklon. Soustředění na uvědomování si vlastního těla a tělesných pocitů navíc chrání otřesené sebevědomí mnoha závislých pacientů.

9. ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE ZÁVISLOSTI A MOŽNOSTI VYUŽITÍ FYZIOTERAPIE PŘI JEJICH LÉČBĚ

Drogová závislost je závažný společenský problém s dopady nejen v psychosociální oblasti, ale také v oblasti somatických onemocnění. Uživatel drog je ohrožen nejen akutní intoxikací a vznikem toxické psychózy, ale jeho způsob života vede ke zvýšenému riziku řady infekčních i neinfekčních chorob. Jindy může užívání drog zhoršit již existující chorobné procesy nebo vyprovokovat k manifestaci jejich latentní formu (Minařík & Hobstová in Kalina a kol., 2003, str. 223). Mezi faktory, které zvyšují riziko zdravotních problémů, které jsou přidružené k psychiatrickým onemocněním včetně

užívání NL, patří užívání medikace, které přispívá ke zvyšování váhy, což bývá spojeno s diabetem, hypertenzí a často i s trávicími obtížemi. Dalším faktorem je snížená péče o osobní hygienu, což může být příčinou například kožních infekcí. Dalším rizikem je vysoká prevalence kouření, které se podílí na respiračních, kardiovaskulárních problémech a na vzniku některých nádorů. Snížená fyzická aktivita přispívá k hypertenzi a srdečním onemocněním (Dickey et al., 2002).

9.1. KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Při injekční aplikaci drog dochází k mechanickému poškození cévního systému. Opakované vstupy do cév mohou způsobovat vznik mikrotraumat, která vedou k tvorbě trombóz, s následnou ischemií okolních tkání, popř. vzniká absces. K tvorbě trombů přispívá i nečistota nebo rozpouštědla, která vyvolávají uvolnění norepinefrinu, jež způsobí stažení cévy, lokální poškození až nekrózu. K poškození cévní stěny nadále přispívá skutečnost, že aplikované roztoky mají jiné pH a osmolaritu než plasma. Aplikace kokainu může způsobit vznik trombu i na vzdáleném místě od místa vpichu (Minařík & Hobstová in Kalina a kol., 2003, str. 225).

Ve fyzioterapii žilní insuficience je nejdůležitější prevence tromboembolických komplikací, což znamená zlepšení funkce žilně-svalové pumpy. Lze ji ovlivnit cévní gymnastikou, respirační fyzioterapií i kompresní terapií. Správně indikovaná a kontrolovaná pohybová aktivita podporuje tok krve do srdce a má tak pozitivní primární i sekundární preventivní význam. Negativně může působit nadměrná dynamická i statická zátěž dolních končetin, která může být spojena i s možností uvolnění trombu a vzniku embolie. Měl by se klást důraz na subjektivní obtíže, které vznikají při pohybové aktivitě a v případě těchto komplikací okamžitě danou činnost přerušit. Cílem léčby v akutní fázi je především zabránění narůstání trombu a tím předejít riziku plicní embolie. Dalším cílem je dosáhnout rekanalizace žíly, čímž se předchází vzniku posttrombotického syndromu. Zde jsou doporučované především činnosti na horní polovinu těla, cvičení s gymnastickými a jógovými prvky, plavání a dynamické zatížení bez odporu (Placheta, 2001, podle Ciganková, 2009). Po odeznění by měl být nemocný co nejdříve rehabilitován. Nutné je nosit kompresivní punčochy, vyvarovat se dlouhému stání a sedění. Mírné cvičení a chůze brání stáze v žilách dolních končetin (Přerovský, 2002).

Užívání psychostimulačních látek vede k prudkému vzestupu krevního tlaku, který může způsobit krvácení do mozkové tkáně. V případě přítomnosti vrozených výdutí na mozkových tepnách, do této doby asymptomatických, může při zvýšení krevního tlaku dojít k jejich ruptuře, následnému krvácení mezi mozkové pleny, popřípadě k destruuujícímu mozkovému krvácení. Prognóza postižení CNS závisí na rozsahu poškozené mozkové tkáně. Také postižení srdce ve smyslu infarktu myokardu, arytmií, ale i náhlého selhání bývá

pozorováno u uživatelů psychostimulačních látek. Na celém procesu se podílejí i metabolické změny ve smyslu hypoxie, laktátové acidózy a všech důsledků anaerobního metabolismu při vasokonstrikci ve splanchnické oblasti (Minařík & Hobstová in Kalina a kol., 2003, str. 226-227).

Dolezal et al. (2013) uvádí, že pohybová aktivita má pozitivní účinek na zmírnění některých důsledků, které vznikly díky chronickému užívání metamfetaminu. Uvádí onemocnění jako kardiomyopatie, koronární onemocnění, ischemie, hypertenze a cerebrovaskulární dysfunkce.

Při vyšší konzumaci alkoholu se zvyšuje kardiovaskulární mortalita z důvodu zvýšení krevního tlaku a tepové frekvence, hypertriacylglycerolemie, poruchy kontraktility srdečního svalu, kardiomyopatie. Rovněž se zvyšuje úmrtnost na cévní mozkové krvácení z důvodu snížené krevní srážlivosti při současně zvýšeném krevním tlaku (Müllerová, 2014, str. 126; Gutjahr, 2001).

Při pohybové aktivitě pacientů s chronickým onemocněním srdce je důležité dodržovat doporučení týkající se intenzity zátěže a při potížích aktivitu přerušit. Základním a nejčastěji sledovaným parametrem, který informuje o intenzitě zatížení organismu fyzickou aktivitou, je tepová frekvence (Pastucha a kol., 2011, str. 126). Pro aerobní cvičení je doporučená frekvence 3-5 dnů v týdnu s intenzitou 50-80 % zátěžové kapacity a délkou aktivity 20-60 minut. Pro odporový trénink se doporučuje frekvence 2-3 dny v týdnu o intenzitě 10-15 opakování do mírné únavy, délka 1-3 sety, 8-10 cvičení různých svalových skupin (Radvanský in Kolář et al., 2009, str. 579).

Pro pacienty s hypertenzí jsou vhodné především aktivity dynamického (aerobního) vytrvalostního charakteru, v intenzitě 50-85 % maxima, 3-5x týdně, 40-60 minut. Nejsou doporučené cviky, které vedou ke zvýšení TK – tedy silové, anaerobní cviky (Pastucha a kol., 2011, str. 129).

Absolutní kontraindikace rehabilitace u kardiovaskulárních onemocnění jsou akutní selhání srdce, dočasně zavedený kardiostimulátor, ischemická bolest, aneuryzma aorty, zánět srdečního svalu v posledních 6 měsících, neléčený vysoký krevní tlak s hodnotami TK vyšší než 200/115, akutní onemocnění nesouvisející s onemocněním srdce (Pastucha a kol., 2011, str. 126).

9.2. RESPIRAČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Plicní postižení patří u intravenózních uživatelů drog k nejčastějším. Rozsáhlé akutní nebo chronické poškození plic vede k nedostatečnému okysličení krve a tím k poškození mnoha orgánů (Minařík & Hobstová in Kalina a kol., 2003, str. 226).

Uživatelé drog jsou většinou silní kuřáci cigaret, mají narušenou samočistící činnost bronchů a bronchiolů. Prevalence pravidelného kouření mezi pacienty v ústavní léčbě závislosti převyšuje 80 % (Adamíková, 2016). Kouření je příčinou kolem 80 % chronických plicních onemocnění - především chronické plicní obstrukční nemoci (CHOPN) a způsobuje cca 80 % karcinomů plic (Králíková in Kalina a kol., 2015, str. 532). Chronická obstrukční plicní nemoc je charakterizována trvalým omezením proudění vzduchu v dolních dýchacích cestách a v ČR na ni každý rok umírá více než 2000 osob. Setkáváme se s ní u 50 % kuřáků (Koblížek & Kudelová in Králíková a kol., 2013, str. 238-240). Obstrukční poruchy dýchacích cest jsou charakteristické rigiditou hrudníku v inspiračním postavení s nefyziologickým horním typem dýchání a vždy spojené s hypertonií a chronickou únavou svalstva šije (Smolíková in Kolář et al., 2009, str. 253).

V léčbě chronických onemocnění plic hraje velkou roli respirační fyzioterapie (RF). Respirační fyzioterapie se zaměřuje na snížení bronchiální obstrukce, zlepšení průchodnosti dýchacích cest, ventilačních parametrů, na prevenci zhoršování funkce plic, zvýšení fyzické zdatnosti, dosažení a udržení optimálního pocitu zdraví. RF v kombinaci s pohybovou aktivitou a sportováním tvoří základ léčebné rehabilitace jedinců s onemocněním dýchacího i oběhového systému (Kolář & Šulc in Kolář et al., 2009, str. 251-252). K základním metodickým postupům respirační fyzioterapie patří korekční fyzioterapie posturálního systému, techniky hygieny dýchacích cest (airway clearance techniques, ACT) a relaxační průprava (Smolíková in Kolář et al., 2009, str. 252).

Vedle respirační fyzioterapie je u pacientů s dýchacími obtížemi důležité zvyšování adaptace na fyzickou zátěž. Vznik adaptace se opírá o fyziologické poznatky požadující potřebnou intenzitu zátěže mezi 60 a 80 % maxima i dostatečnou dobu provádění (Máček in Kolář et al., 2009, str. 565). Zvýšení pohybové aktivity po určité době stimuluje náhradu snížené dodávky kyslíku, kterou nemohou poskytnout plíce při zvýšených nárocích pracujícím svalům. Dle Máček & Radvanský (2011, str. 205-208) je u těchto nemocných nejvhodnější kombinace odporového a vytrvalostního tréninku.

Kromě poškození plic může dojít i k zástavě dechového automatismu vlivem intoxikace opiáty. Děje se tak snížením citlivosti dechového centra k CO₂, intoxikovaný umírá bez pocitu dušení. Útlum dechového centra mohou ve vyšších dávkách vyvolat i jiné tlumivé látky, včetně alkoholu. Plíce mohou být postiženy drogou navozeným bronchospasmem, otokem plic, popřípadě tlakovou granulomatózou (Minařík & Hobstová in Kalina a kol., 2003, str. 226).

9.3. ONEMOCNĚNÍ NERVOVÉHO SYSTÉMU

Dlouhodobé užívání alkoholu působí toxicky na nervový systém a může způsobit periferní neuropatie a organické poškození mozku. To může vést k poruchám paměti,

poruchám rovnováhy a koordinace. Alkoholová polyneuropatie je poměrně častá, vyskytuje se asi u 20 % chronických alkoholiků. Je způsobena především nedostatkem vitamínu B1 (tiamin). Může se vyskytovat i ve formě akutní neuropatie s výraznou motorickou slabostí dolních končetin (Otruba, 2011). Deficience vitamínu B může způsobovat také abnormality v motorice očí a poruchy krátkodobé paměti – tzv. Wernicke-Korsakovův syndrom (Alcoholism, 2017).

Fyzioterapie polyneuropatie by měla být přizpůsobená individuálním potřebám pacienta. K postupům, které se používají, patří techniky měkkých tkání, protažení zkrácených svalů a fascií, mobilizace periferních kloubů nohy, taktilní a proprioceptivní stimulace. Insuficienci periferní propriocepce napomáhá kompenzovat senzomotorická stimulace. Dle Kaur et al., 2013 jsou vhodná také balanční cvičení. Důležité je začínat od nejméně náročných cviků k náročnějším a pacient nesmí pociťovat bolest ani únavu. Výše uvedené metody se obvykle kombinují s metodami založenými na neurofyziologickém principu (Kobesová in Kolář et al., 2009a, str. 345).

Fyzikálně-chemický vliv toxické látky na CNS se uplatňuje nejvíce u abusu organických rozpouštědel. Základem jejich účinku je narušení fluidity lipidní buněčné membrány. Při pravidelném užívání dochází k jejímu poškození, při pitvě chronických uživatelů se nezřídka nacházejí v mozkové tkáni dutinky, klinicky nacházíme postižení mozečku a kognitivních funkcí. Po vysazení je stav jen částečně reverzibilní (Minařík & Hobstová in Kalina a kol., 2003, str. 227).

Rehabilitace u postižení mozečku bývá úspěšná v případě pouze mozečkových dysfunkcí nebo drobných strukturálních lézí. Cílem fyzioterapie je ovlivnění opěrné i cílené motoriky, zlepšení pohybové koordinace, nácvik taxy a ovlivnění mozečkového třesu. Využívá se reflexní cvičení, Cvičení podle Frenkela na potlačení ataxie a pohybové inkoordinace, cvičení dle Feldenkreisovy metody, senzomotorická stimulace a ergoterapie (Kobesová in Kolář et al., 2009b, str. 360-361).

K cévní mozkové příhodě (CMP) dochází nejčastěji u uživatelů stimulačních látek. U pacientů jsou v různé míře nejčastěji vyjádřeny tyto symptomy: senzorické poruchy, poruchy symbolických a kognitivních funkcí, poruchy hybnosti končetin (nejčastěji centrální hemiparéza), postižení hlavových nervů (parézy okohybných nervů, lícního nervu, postižení postranního smíšeného systému), poruchy povrchové i hluboké citlivosti, poruchy vestibulární a cerebelární. Při sestavování rehabilitačního plánu vycházíme z hodnocení posturálního tonu, pohybových vzorů a funkčních dovedností. V terapii se využívá nejčastěji kombinace Vojtovy reflexní lokomoce, konceptu manželů Bobathových a proprioceptivní neuromuskulární facilitace. Důležitou součástí je také ergoterapie. Prvky

těchto metod se aplikují ve všech stádiích CMP a konkrétní postup se volí podle aktuálního stavu jedince (Horáček & Kolář in Kolář et al., 2007, str. 389).

9.4. ZÁVISLOST A POHYBOVÝ APARÁT

Jeden z hlavních fyzických dopadů užívání návykových látek je svalová dekonďice a oslabení. Dlouhodobé užívání alkoholu způsobuje myopatii kosterního svalstva, která souvisí s úbytkem svalového glykogenu a atrofií vláken 2. typu. Projevuje se to snížením svalové hmoty, svalové síly a funkce. Drogová závislost může vést k onemocněním jako je fibromyalgie a artritida, které v případě, že nejsou léčeny, mohou přejít do chronicity (Herbsleb et al., 2013; Kaur et al., 2013). Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog z roku 2013 byla provedena studie mezi klienty nízkoprahových programů, jejíž cílem bylo zmapovat somatické problémy uživatelů drog. 37,2 % uživatelů uvedlo, že mělo v posledním měsíci příznaky svalových a kosterních onemocnění. především ztuhlost a bolesti kloubů a svalů (Mravčík et al., 2014).

Fyzioterapie může být jako součást komplexního léčebného programu nápomocná u jednotlivců s chronickými problémy s chůzí či rovnováhou, nebo u těch, kteří jsou v celkové dekonďici z důvodu snížené aktivity v období užívání návykových látek a v počátečních fázích léčby. Cvičení napomáhá k nabytí svalové hmoty a zvýšení svalové síly (Kaur et al., 2013). Fyzioterapeut může pacientům pomoci také od akutních bolestí pohybového aparátu pomocí skupinových i individuálních cvičení.

Užívání drog včetně alkoholu může způsobit vznik rhabdomyolýzy. Tohle onemocnění je výsledkem prudkého rozpadu vláken kosterní svaloviny, který vede k úniku potencionálně toxického buněčného obsahu do systémového oběhu. Uživatelé NL tvoří 34 % získaných rhabdomyolýz (Zutt et al., 2014). Postihuje více než 10 % alkoholiků přijatých do nemocnice pro některou z komplikací chronického alkoholizmu (Lafair, 1968 podle Žižka, 2015). Nejčastěji je rhabdomyolýza způsobena stimulačními látkami, jako je metamfetamin a extáze (MDMA). Obě látky uvolňují v mozku serotonin, který stimuluje sympatikus. Uvolňování vápníku ze sarkoplasmatického retikula a zvýšené metabolické nároky způsobují svalovou hyperaktivitu a těžkou hypertermii, což může zapříčinit vznik rhabdomyolýzy. Etanol-indukovaná rhabdomyolýza může být primární – kdy se rozvine po přímém toxickém účinku na sarkoplasmatické retikulum a dojde k narušení homeostázy kalcia, rozpadu buněčné membrány a zvýšení propustnosti pro sodík a ke vzniku změn v energetických pochodech v buňce. Sekundární účinek alkoholu na vznik rhabdomyolýzy může být porucha vědomí a kóma, což může vést k dlouhodobé imobilizaci a kompresi svalů. Další návyková látka, která může poškodit sval, je kokain, který vyvolává vazokonstrikci a ischemii svalové hmoty (Coco & Klasner, 2004).

V akutních fázích rhabdomyolýzy není fyzioterapie popisována. Je vhodná spíše v postakutní fázi, když je pacient zcela bez indispozic omezujících v pohybu a bez bolestí. Je vhodné se zaměřit na navrácení fyzické síly, zachování kloubních rozsahů a na zlepšení kondice pro snazší navrácení pacienta do běžného života. Je velice důležité pacienta nepřepínat a ochránit jej tak před dalším poškozením svalové tkáně, která již tak může být dle úrovně rhabdomyolýzy zasažená (Žižka, 2015, str. 71-72).

K nezanedbatelným, společensky závažným dopadům ve spojitosti s konzumací alkoholu a jiných drog patří i dopravní nehodovost a zvýšená úmrtnost zapříčiněná úrazy (Müllerová, 2014, str. 126). Při nehodách může dojít k různým polytraumatům postihujícím pohybový aparát, ale také nervový a jiné orgánové systémy. Fyzioterapie se potom liší podle individuálních potřeb pacienta, je však velmi důležitou součástí rekonvalescence.

9.5. PSYCHIATRICKÉ KOMORBIDITY A PSYCHOSOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Závislí lidé velmi často trpí také jinými psychickými problémy. Duální diagnóza (komorbidita) je stav, kdy se u pacienta vyskytuje porucha z užívání návykových látek a souběžně jiné psychické poruchy. Diagnostickým problémem je rozhraní mezi duální diagnózou a psychopatologickou komplikací abúzu či závislosti. Psychopatologické komplikace často spontánně odeznívají po dosažení abstinence. Závislost však může vzniknout jako následek jiné preexistující duševní poruchy (Kalina & Minařík in Kalina a kol., 2015, str. 211-216). Údaje z dostupných studií popisujících prevalenci duálních diagnóz mezi uživateli drog v evropských zemích se velmi liší. Dle EMCDDA se v léčbě závislostí vyskytují duální diagnózy až u 50 % klientů (Torrens et al., 2015). Dle Kalina & Minařík (in Kalina a kol., 2015, str. 217) mají klienti s duální diagnózou těžší průběh nemoci, závažnější zdravotní i sociální důsledky, více obtíží a komplikací v léčbě a horší léčebné výsledky než klienti s pouze jednou poruchou. Mezi nejčastější psychické problémy závislých patří deprese a úzkosti, poruchy osobnosti, traumatické a stresové poruchy, psychotické stavy, poruchy příjmu potravy, ADHD, a další.

U pacientů s duální diagnózou v porovnání s pacienty trpícími pouze psychickým onemocněním nebo pouze závislostí se častěji vyskytují onemocnění srdce, chronická onemocnění i akutní infekce respiračního systému, gastrointestinální onemocnění a kožní infekce. Dle Hátlové (2003) jsou psychosomatické problémy závislých na heroinu a pervitinu odlišné od problémů alkoholově závislých, což je dáno nejen druhem závislosti, ale především věkem.

Fyzická aktivita má vliv na zlepšení psychického stavu a napomáhá překonávání psychických problémů závislých pacientů (Kaur et al., 2013). Pravidelné cvičení snižuje

úroveň úzkosti, deprese, zvyšuje kladné sebehodnocení a celkově posiluje psychiku v boji se stresem (Drotárová, 2003, str. 46). Více je toto téma rozebráno v kapitole č. 8.

10. SPECIFIKA PRÁCE S TĚLEM ZÁVISLÝCH

Osoby závislé na návykových látkách mají často psychické obtíže, proto je třeba způsoby a metody terapie volit vzhledem k osobnosti pacienta, jeho aktuálnímu psychosomatickému stavu, průběhu dosavadní léčby a individuální schopnosti akceptace jednotlivých terapií (Hártlová in Hošek & Tilinger, 2007). Je třeba myslet na některé faktory, které mohou práci s nimi komplikovat.

10.1. MOTIVACE KE CVIČENÍ

Pohybové projevy jsou ovlivňovány motivačními pochody. Motivace je proces, který pohybové chování vyvolává a směřuje ho k určitému cíli, určuje intenzitu pohybové činnosti a její charakter. Chceme-li pozměnit charakteristické pohybové chování, je nutno vytvořit nové programy, přiřadit jim vysoký stupeň důležitosti (motivace, vůle) a upevnit je v paměti (Hártlová et al., 2013).

U závislého člověka v průběhu léčby probíhá velké množství ambivalencí, opětovně se ocitá v konfliktu mezi zisky a ztrátami spojenými s dokončením léčby. Proto může kolísat i jeho motivace k pohybu a pravidelnému cvičení a terapeut by měl znát zásady, jak s méně motivovanými klienty jednat. Můžeme využívat techniky motivačních rozhovorů (viz. kap. č. 6.3.). Dle Weinstock et al. (2012) kvůli způsobu, jakým jsou mnohé cvičební programy prováděny, okolo 50 % pacientů opouští nebo nedodržuje plán pravidelné fyzické aktivity. K posílení účasti na cvičení doporučují využití incentivní terapie (contingency management, CM), jako efektivní behaviorální strategie, která zvyšuje dodržování určitého chování. CM je relativně nový léčebný postup v léčbě závislostí a principem je udílení různých typů odměny (nebo její neudělení) pacientům v závislosti na jejich chování. Tato možnost získat odměnu zvyšuje motivaci pacienta ve cvičení pokračovat a dodržovat pravidelný režim (Šťastná, 2010; Weinstock et al., 2012).

Dle Hártlové (in Hošek & Tilinger, 2007, str. 153) kinezioterapeut může využít odlišných možností v poskytování sociální a psychické podpory vzhledem ke snadnějšímu navázání vztahově neohrožujícího, nehierarchického vztahu s pacientem, jelikož terapie není prováděna lékařem.

10.2. VNÍMÁNÍ VLASTNÍHO TĚLA

Tělo závislého je nemocné a je zdrojem nepříjemných pocitů, může být pocíťováno jako něco nefunkčního, cizího. Pocity nejistoty a obav jsou tělesně vyjádřeny celkovým stažením a pohyby se jeví stažené a ohraničené, což brání projevu emocí. Snahou je udržovat osobní

prostor a odstup od druhých. Strach z blízkosti druhých může souviset s odmítáním sebe sama, svých emocí a svého těla. Dalším znakem je mělké a zadržované dýchání. Většina pacientek zažila situace pod tlakem násilí, týrání, sexuálního zneužívání. Takové zážitky velmi významně ovlivňují postoj ženy k vlastnímu tělu. Přispívají k vnímání těla jako něčeho špinavého a cizího, co je zdrojem utrpení a bolesti. Týrané ženy se projevují sníženou dynamikou reakcí, celkovým stažením, pasivitou, neochotou až neschopností projevit své city. Vysoká je zpočátku nechuť opustit svůj osobní prostor a obava z dotyku (Hátlová, 2003, str. 79-80).

10.3. PRÁCE S TRAUMATEM

Některé psychiatrické diagnózy se objevují až po určitém traumatu, které si člověk prožil. Ačkoliv všechny emoční reakce na životní události ovlivňují tělo, trauma zachází do krajnosti. U mnoha traumatizovaných pacientů, zejména těch, kterým druzí ubližovali rukama, se nelze dotknout, aniž by byli zahlceni nepříjemnými pocity (Rothschildová in Stauntonová, 2014, 157-162). Ve výzkumu bylo zjištěno, že většina žen a početná skupina mužů absolvujících léčbu závislosti na návykových látkách zažila fyzické týrání nebo pohlavní zneužívání (Rosen et al., 2002). V tomhle případě může být dotyk jiného člověka vnímáno negativně. Dotyk může oslabovat hranice a klient může mít pocit, že jeho individualita je ohrožena. Nevhodné bývá používání doteků také u klientů paranoidních, hysterických, manických, intoxikovaných, agresivních, jestliže je přítomen hněv a pokud začíná být terapeutický vztah sexualizovaný nebo jestliže klient dotyk vyžaduje. Dotýkání působí nepříznivě i na klienty autistické a schizoidní (Nešpor, 2010).

Práci orientovanou na tělo lze provádět i bez doteku. Možných technik existuje několik a každému pacientovi vyhovuje něco jiného. Nejbezpečnější terapie traumatu je ta, která je přizpůsobená individuálním potřebám klienta (Rothschildová in Stauntonová, 2014, 157-162).

11. VYBRANÉ METODY PRÁCE S TĚLEM JAKO PODPŮRNÁ TERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

U psychoterapeutických přístupů v práci s tělem je v popředí zájmu vztah člověka k sobě, vztah mysli a těla. To, co vnímáme a prožíváme jako vlastní identitu, je výsledek vzájemně reagujících, relativně stabilních emocionálních a kognitivních substruktur dynamického systému osobnosti.

- Tělo nám podává základní informace o nás. Je prvním signálem o stavu našeho vnitřního Já.

- To, jak se vnímáme a hodnotíme, ovlivňuje zásadním způsobem naše chování a prožívání.
- Tělesné sebepojetí je součástí struktury celkového sebepojetí (self concept), je strukturou vědomé sebereflexe s obsahem dosaženého poznání, uloženým v paměti.
- Prožitek tělesného „Já“ je označován jako tělesné schéma (Hátlová et al., 2013).

Dle Nešpora (2010, str. 21) nachází práce s tělem v léčbě závislostí uplatnění z více důvodů:

- Craving (bažení) má tělesné projevy a prakticky u všech návykových nemocí je bažení spojeno se stresem. Při jeho zvládání lze použít některé postupy na tělesné úrovni. Sem patří mimo nějaká forma tělesné aktivity nebo svalová relaxace.
- Relaxační techniky, jóga a meditační techniky zde mohou být také prospěšné. To se týká zvláště lidí, u kterých se nadměrný stres uplatňoval jako komplikující činitel. Navíc lze tyto postupy používat nejen pravidelně a systematicky, ale i podle potřeby, např. jako strategii, jak zvládnout bažení.
- Klidné dýchání do břicha s prodlouženým výdechem dle využívat dlouhodobě i podle potřeby k mírnění bažení nebo zvládání rizikových emocí.
- Lidé s návykovou nemocí mají tendenci chovat se ukvapeně. Jejich koordinace a tělesná zdatnost nebývají dobré. Volíme bezpečnější pohybové aktivity, je třeba nabízet jednoduchá a snadno zvládnutelná cvičení.

11.1. ALEXANDROVA METODA

Dle Stackeové (2009) je Alexandrova metoda technika s preventivním i terapeutickým účinkem, vhodná pro široké spektrum pacientů s minimálními kontraindikacemi. Je typickou technikou uplatňující celostní přístup k jedinci a může být metodou velice efektivní v terapii psychosomatických pacientů.

Od běžného cvičení se odlišuje tím, že rozvíjí schopnost si uvědomit vlastní tělo. Je to forma reedukace navyklých motorických stereotypů, které se mohou projevovat zdravotními problémy v oblasti tělesné i psychické. Tato technika má za cíl naučit správné využití posturálních mechanismů, které regulují vzpřímený stoj a lokomoci. Tyto mechanismy zahrnují koordinaci trupu, hlavy a končetin a řízení tonu posturálních svalů. Techniku lze využít při jednoduchých každodenních činnostech, jako je chůze, sezení, stání a ohýbání - všechny tyto činnosti nepříznivě ovlivňují bolesti zad. Hlavním cílem techniky je snaha zbavit člověka nadbytečného napětí v oblasti tělesné i mentální (Little et al., 2014; Stackeová, 2009).

Alexandrovu techniku je vhodné využít také v léčbě závislostí. Pravidelné cvičení Alexandrovy techniky podporuje zklidnění, uvolnění svalů, pomáhá snižovat uvolňování

stresových hormonů, což napomáhá snížit nebo zastavit stresové, traumatické a úzkostlivé reakce. Také posiluje získání dovedností zvládání stresových situací, což může fungovat jako prevence relapsu (Mindful Alexander Technique).

11.2. FELDENKRAISOVA METODA

Feldenkraisova metoda je další z metod, která patří do skupiny psychoterapeutických technik pracujících s tělem (Stackeová, 2009). Vychází z myšlenky, že jednáme podle obrazu, který jsme si sami o sobě vytvořili. Tento obraz může být často zkreslený a člověk pak nevyužívá svou skutečnou kapacitu a používá tělo na základě své zkreslené představy. Většinu našich pohybů během dne vykonáváme tak, že si neuvědomujeme průběh vlastního pohybu a děláme je zcela automaticky. Často se pak stává, že při běžných denních činnostech některé svaly používáme nadměrně a jiné naopak z funkce vynecháváme. Feldenkrais se snažil pomocí cvičení zjemnit kinestetické cítění, zlepšit časoprostorovou koordinaci pohybů, zlepšit vnímání vlastního těla a tím zmírnit svalové napětí a bolesti (Lepšíková in Kolář et al., 2009, str. 275).

Horsman (2011) tvrdí, že závislí lidé na sebe a své tělo často pohlíží určitým patologickým způsobem i po skončení dlouhodobého užívání návykových látek. Na základě tohoto původního sebepojetí používají ve svém chování zažitě sebedestruktivní vzory. Jelikož Feldenkraisova metoda způsobuje změny v motorické kůře, původní sebepojetí a vzory chování jsou díky ní snáze opustitelné. Feldenkraisova metoda může fungovat jako silný neverbální prostředek pro sebe-uvědomění. Funguje na hluboké smyslové úrovni a nenásilným způsobem nám pomáhá si uvědomit nejdříve sami sebe a následně nabízí alternativní cesty prostřednictvím využití pohybu. Tato změna však nebude možná do té doby, než budeme ochotni změnit svůj pohled na sebe samotné, což je dle Horsmana klíčem k osobní transformaci a ke změně závislostního chování člověka.

Dle Lepšíkové (in Kolář et al., 2009, str. 275-276) se v praxi tato metoda aplikuje dvěma způsoby:

- **uvědomění si těla pohybem** – skupinové cvičení, kdy se pacienti učí uvědoměle vnímat a ovládat polohy a pohyby jednotlivých částí těla na základě verbálních instrukcí učitele. Cílem je naučit se provádět pohyby s minimálním úsilím a nahradit tak staré neekonomické pohybové vzory novými. Všechny cviky jsou prováděny velmi pomalu a plynule, důraz je kladen na plynulé dýchání a eliminaci nadbytečného napětí.
- **funkční integrace** – individuální, nonverbální technika, při které se snažíme pomocí jemných dotyků, pasivních a aktivních pohybů naučit jedince vnímat rozdílné pohybové situace a docílit tak maximálního uvolnění.

11.3. JÓGA

Z dočasných studií vyplývá, že jóga je využívána jako jeden ze způsobů léčení závislosti na různých látkách včetně tabáku, alkoholu, opiátech a dalších. Typicky bývá používána jako přídatná léčebná metoda doplňující medicínsky orientované terapie. Může být využívána jak v ambulantní, tak v ústavní léčbě. Jóga má příznivé účinky na udržení abstinence (Sakam & Varshney, 2017).

Jóga vychází z hinduistické filozofie 2. tisíciletí a je založena na stupních spirituální cesty, které popsal Patanjali. Patří sem yama a niyama (morálně-etické zásady – zákazy a doporučení), ásany (postojová cvičení), pranáyama (regulace dechu), pratyahara (odpoutání od smyslových podnětů), dharana (koncentrace), dhyana (meditace) a samádhi (meditativní stav). Jóga je popisována jako způsob života i jako prostředek pro zlepšení celkového zdravotního stavu jedince. Existují různé formy jógy a každá má trochu odlišné zaměření. Nejčastěji praktikovaná je Hatha jóga, která se zaměřuje více na fyzickou stránku. Fyzické cvičení učí kontrolovat, regulovat a uvědomovat si svou fyzickou existenci. Ásany jsou fyzické polohy, které protahují a posilují různé části těla, přivádí okysličenou krev do vnitřních orgánů, zatímco oživují nervovou soustavu a zvyšují pružnost svalů, kloubů a vazů. Dechová cvičení slouží k prohlubování a zkvalitňování dechu, zvyšují kapacitu plic, pročišťují dechové cesty a mají pozitivní účinek na psychiku (Drotárová, 2003, str. 84-93; Khanna & Greeson, 2013, Sakam & Varshney, 2017).

Vedamurthachar et al. (2006) přes dva týdny studoval skupinku 60 jedinců závislých na alkoholu v detoxifikaci, z nichž část cvičila Sudarshan Kriya jógu (SKY), která se zaměřuje na jógové dýchání, a druhá část absolvovala běžnou léčbu. U SKY byl prokázán výrazný antidepresivní účinek a také byla u cvičících jedinců oproti kontrolní skupině zjištěna nižší hladina adrenokortikotropního hormonu a kortizolu, což jsou hormony podílející se na stresové reakci.

Dle Sakam & Varshney (2017) může být jóga prospěšná pro jednotlivce závislé na návykových látkách ve dvou fázích léčby. Zaprvé ve fázi, kdy pacient přestává s užíváním (například při detoxifikaci). Zadruhé může být nápomocná při prevenci relapsu. V obou těchto fázích jóga pomáhá prostřednictvím snižování míry stresu u jedince. Dobré zvládnutí stresu usnadňuje zvládnutí bažení a zlepšuje sebeovládání a sebeuvědomění (Nešpor, 2017).

Jógu ani relaxaci nepoužíváme u akutních alkoholických nebo toxických psychóz (Nešpor & Csémy, 1996, str. 95) a je ji obvykle lepší aplikovat u pacientů, kteří nejsou v akutním odvykacím stavu. Měli by být zdravotně stabilizováni a příznivě nakloněni k lepšímu životního stylu. Jóga by měla být v léčbě provozována minimálně několik týdnů a

účastníci by měli být podporováni k tomu, aby pokračovali s cvičením i doma po delší dobu (Sakam & Varshney, 2017).

Nešpor rozděluje lekci jógy na 3 fáze. V první třetině používá jednoduché, spíše tělesné cviky. Ve druhé třetině zařazuje nácvik plného jógového dechu, případně jiná jednoduchá dechová cvičení a poslední třetinu věnuje praktikování relaxace. Doporučuje volit většinou snadná cvičení pro ochranu sebevědomí pacientů (Nešpor, 2005).

11.4. RELAXAČNÍ TECHNIKY

Pod pojmem relaxace v dnešní době rozumíme psychické i fyzické uvolnění. Relaxace spolu se správným dýcháním patří k nejúčinnějším způsobům neutralizace negativních psychických stavů a stresu. V relaxovaném stavu dochází k celé řadě tělesných změn. Aktivují se parasympatická vlákna vegetativního nervového systému, dýchání se zpomaluje a prohlubuje, snižuje se spotřeba kyslíku a výdej oxidu uhličitého. Dochází také ke snížení krevního tlaku a zpomalení bazálního metabolismu. Zvyšuje se produkce serotoninu, který pozitivně ovlivňuje náladu a pocity klidu a spokojenosti (Drotárová, 2003, str. 78). Relaxační techniky by měly být součástí programu na každém oddělení pro léčbu závislostí.

Relaxační techniky jsou vhodné a potřebné pro ty osoby které jsou vystaveny působení nadměrného stresu. Svalová relaxace znamená snížení aktivační úrovně, vede ke zvětšení psychické distance vůči nepříznivým vnějším faktorům. V průběhu relaxace dochází ve většině případů ke snížení napětí. Zároveň se ale otevírá prostor pro znovuvědomění vytěsňovaných neřešených konfliktů. U závislých na nealkoholových drogách (nejčastěji u závislých na pervitinu) se během relaxace může objevit stav označovaný jako „flashback“. V tomto případě pacienta do relaxace nenutíme, ale motivujeme ho k tomu, aby se po stabilizaci svého duševního stavu navrátil k nácviku provádění relaxačních technik (Hátlová, 2003). Dle Nešpora (2007) může relaxace kromě lepšího zvládnutí stresu pozitivně ovlivnit životní styl, mírnit úzkosti a deprese.

Nešpor (2010) rozlišuje 3 typy relaxace:

- **Relaxace na signál (cue controlled relaxation)** - Někdo cvičí relaxaci pravidelně v určitou denní dobu a na určitém místě. Signálem k relaxaci může být i určité gesto rukou nebo určitý v ruchu vyřčený pokyn.
- **Diferencovaná (částečná) relaxace** - Člověk uvolní pouze určité části těla, zatímco jiné svalové skupiny pracují.
- **Aplikovaná relaxace** - Znamená, že se relaxační technika, např. relaxace na signál nebo diferencovaná relaxace, použije bezprostředně po té, co se objeví symptom (např. úzkost). Relaxační dovednosti se tak přenášejí do situací každodenního života.

11.4.1. Autogenní trénink

Autogenní trénink (dále AT) je nejrozšířenější evropská relaxačně koncentrační metoda, která vychází z poznatků o vzájemné souvislosti mezi psychickou tenzí, funkčním stavem vegetativní nervové soustavy a napětím svalstva. Základním východiskem je, že tonus kosterního svalstva je ovlivnitelný vůlí a záměrnou svalovou relaxací je možné dosažení psychického uvolnění a také ovlivnění orgánových funkcí řízených autonomním nervovým systémem. Metodu AT vypracoval berlínský neurolog a psychiatr Johannes Heinrich Schultz (1884 - 1970). Autogenní trénink se rozšířil nejen v rámci psychiatrické péče jako léčebná a podpůrná metoda, ale také jako metoda rozvojová a sebezkušenostní. Nácvik standardně probíhá pod vedením terapeuta po jednotlivých krocích a směřuje k tomu, aby byl pacient postupně schopen cvičit AT sám. Princip spočívá v ovlivňování sebe samého autosugescí. AT je zaměřený na rozvoj schopností navodit si pomocí soustředění na určité formulky stav příjemného, hlubokého klidu a uvolnění, přispívá k rychlému obnovení sil a k odstranění příznaků napětí a neklidu (Hašto, 2004, str. 9-10; Víchová, 2016, str. 17-20).

Alkoholici často uvádí potřebu relaxace jako motivaci k pití alkoholu, autogenní trénink poskytuje vhodnou alternativu k dosažení relaxace namísto užívání alkoholu. Pomocí autogenního tréninku se člověk učí vnímat relaxaci jako svou vnitřní schopnost, na rozdíl od relaxace navozené alkoholem, tedy vnějším faktorem (Sharp et al., 1997).

Dle Víchové (2016, str. 63) by nácvik autogenního tréninku na psychiatrických odděleních neměl probíhat hromadně pro všechny pacienty, bez edukace a motivace, bez objasnění smyslu. Nedoporučuje ani nahrávky či čtení textu z papíru k řízené relaxaci. Nácvik by měla provádět osoba s příslušnou kvalifikací a zodpovědnost by neměla být přenášena na pacienty jako svépomocný samořídící program.

11.4.2. Jacobsonova progresivní svalová relaxace

Progresivní relaxace využívá záměrného vyvolání napětí ve svalu a následného reaktivního uvolnění na úrovni. Nazývá se „progresivní“, protože se při ní procvičují jednotlivé hlavní svalové skupiny postupně. Autorem metody je Edmund Jacobson a rozvinul ji v roce 1929. Zjistil, že psychické napětí a námaha jsou vždy doprovázeny zkrácením svalových vláken (Víchová, 2016, str. 131-132). Informace o napětí svalů a šlach (zprostředkované do mozku skrze proprioceptivní signalizaci) naopak zpětně zesilují emoční napětí. Nadměrné napětí kosterního svalstva také zvyšuje aktivitu autonomních kardiovaskulárních, endokrinních a jiných systémů, což může vyústit do množství patologických změn. Při cvičení je důležité uvědomění si kontrastu mezi předcházejícím napětím a následným eliminováním napětí. Takto se člověk učí kontrolovat celé kosterní svalstvo, aby každá svalová skupina podle výběru mohla být systematicky uvolněná nebo

napjatá (Drotárová, 2003, str. 116). Uvolnění se zároveň přenáší z jedné svalové skupiny na druhou. Cílem progresivní relaxace je eliminovat zbytkové napětí a dosáhnout kompletního relaxovaného stavu (Víchová, 2016, str. 131).

11.5. MINDFULNESS TECHNIKY

Mindfulness (v českém překladu „všímavost“) je považováno za inovativní a perspektivní přístup ve zvládání poruch spojených s užíváním návykových látek. Technika mindfulness je definována jako věnování pozornosti a uvědomění si, moment za momentem, vlastních aktuálních myšlenek, emocí, fyzických pocitů a okolního prostředí bez odsuzování a hodnocení (Rayan, 2017). Využití techniku mindfulness znamená soustředit se na život v přítomnosti. Obnáší to přesun pozornosti z minulosti nebo budoucnosti zpátky do přítomnosti. Nejde o to snažit se něco změnit nebo se stát lepším člověkem. Všímavost znamená přítomný okamžik prožívat, nikoli žít pro něj (Hasson, 2015, str. 12).

V USA je praktikování mindfulness technik čím dál více integrováno do programů pro léčbu závislostí a prevence relapsu (Mindful Alexander Technique). Intervence založené na technice mindfulness mohou pomáhat jedincům převést pozornost k vlastnímu tělu a prožívání aktuálního okamžiku místo toho, aby se soustředili na myšlenky spojené s užíváním návykových látek. Dále tyto techniky pacienty učí, jak se účinně vypořádat se stresem (Rayan, 2017). Dle Price et al. (2012) mohou terapie zaměřené vědomé vnímání těla pomoci ženám dosáhnout pocitu kontroly nad sebou, naučit se identifikovat a vyrovnat se s vlastními emocemi a dokázat odolat pokušení řešit problémy pomocí alkoholu nebo jiných drog.

V poslední době se zvyšuje zájem o zkoumání účinnosti jednotlivých typů mindfulness technik v léčbě závislostí. Jedná se o techniku meditace všímavosti, mindfulness zaměřené na prevenci relapsu, mindfulness zaměřené na redukci stresu, modifikovaný mindfulness-trénink pro odvykání kouření, podpora zotavení se ze závislosti pomocí technik všímavosti a kombinování intervencí založených na mindfulness s jinými léčebnými metodami (Rayan, 2017). Price et al. (2012) ve svém výzkumu mezi ženami léčícími se se závislostí zjistili, že využití technik všímavosti snižuje craving a redukuje užívání NL. V porovnání s kontrolní skupinou žen, které absolvovaly pouze klasickou léčbu, bylo na konci výzkumu vidět také signifikantní zlepšení v symptomech poruch příjmu potravy, zlepšení depresí a úzkostí. Mírné zlepšení bylo také v oblasti zmírnění bolestí. Tyto techniky jsou také efektivní metodou na odhalení skrytých symptomů traumatu (Mindful Alexander Technique).

11.6. BIOENERGETIKA

Bioenergetická analýza je psychoterapeutická metoda zaměřená na tělo, to znamená, že s cílem ovlivnit psychiku používá (mimo jiné) metody práce s tělem. Bioenergetika vychází z předpokladu, že jedinec kontrahuje svaly a omezuje dýchání, aby se vypořádal s náročnou situací, kterou není schopen přemoci. (Stackeová & Blažková, 2012). Středem zájmu jsou dechová cvičení a expresivní vyjádření, jejichž cílem je osvobození člověka od jeho fyzických a psychických bloků. Bioenergetika rozpouští bloky, které se projevují ve formě křečí a vnitřního napětí. Bioenergetickou analýzu vyvinul v 50. letech americký lékař a psychoterapeut Alexander Lowen, který vycházel ve svém terapeutickém přístupu z práce Wilhelma Reicha, jehož byl žákem (Schwarz & Schweppe, 2004).

Ve fyzioterapii se pod pojmem svalové napětí neboli svalový tonus rozumí proměnlivé napětí ve svalu závislé na stavu CNS, související palpačně s konzistencí svalu a turgorem (napětím) okolních tkání (Véle, 2006 dle Stackeová & Blažková, 2012). Z pohledu bioenergetiky je chronické svalové napětí podáváno tak, že člověk je blokován, dostane-li se do emocionálního konfliktu, který ho ochromí a znemožní mu účinnou aktivitu zaměřenou k dosažení změny situace. Když si člověk konflikt uvědomí, ale nedovede jej řešit, cítí se jím brzděn. Nevědomé zábrany se jako všechny emocionální konflikty strukturují do podoby chronického svalového napětí v těle (Lowen, 2009 dle Stackeová & Blažková, 2012).

Lowen popsal základní tělesná cvičení a pozice, které jsou dnes standardními základními terapeutickými technikami v bioenergetice. Tato cvičení mohou rychle navodit nejrozličnější druhy vibrací, chvění, pulzací a proudění energetického toku, odhalí omezení v dechovém cyklu a chronické svalové napětí. V bioenergetické terapii jsou využívány techniky body scan (vnímání těla), body sensations (prožitky těla), dechová cvičení, grounding (uzemňování), centering (jednota těla a mysli), presencing (být v přítomnosti), expresiv movement (vyjádření pocitů pohybem) a touch (dotek). Využití technik Body Scan (vnímání těla), Centering (jednota těla a mysli), Presencing (být v přítomnosti) je přínosem, pokud jde o rozvoj všímavosti pocitů v těle, uvědomění si schopností těla a objevování hlubších tělesných pocitů. Dechová cvičení jsou v bioenergetické terapii zaměřena především na pozorování, vnímání, uvědomování a prožívání dechových pohybů. Tyto prvky se jeví vhodné jako doplnění technik, které využívá respirační fyzioterapie. Grounding podporuje uvědomování si kontaktu těla s podložkou, pozitivně ovlivňuje propriocepci, a tím také stabilizační funkce, podporuje dýchání ve smyslu hloubky dechu a místa, kde jsou dechové pohyby nedostatečné či omezené, jsou vhodným cvičením při nácviku správného a uvolněného stereotypu stoje. Nácvik správného provádění těchto cvičení je náročný na čas, a to jak pro terapeuta, tak pro pacienta. Tato cvičení také

předpokládají určitou pacientovu schopnost uvědomovat si a vnímat své tělo, z tohoto důvodu ne každý pacient je vhodný a schopný tato cvičení provádět. Bioenergetická analýza jako celek je indikována především při léčbě psychosomatických onemocnění. Fyzioterapie je dnes běžnou součástí komplexní léčby těchto onemocnění, proto se využití některých prvků bioenergetických cvičení jeví jako velmi vhodné, avšak je důležité vzdělání fyzioterapeuta také v oblasti psychologie, jelikož přejímá odpovědnost nejen za terapeutické zásahy v rovině somatické, ale intervenuje také do psychické sféry člověka, čímž akcentuje etický rozměr léčebného působení (Stackeová & Blažková, 2012).

11.7. TANEČNÍ TERAPIE

Tanečně-pohybová terapie je typ expresivní terapie, která se využívá v centrech pro drogově závislé. Vychází z holistického pohledu na člověka, předpokládá, že naše pohyby a tělesné postoje reflektují naše emoční stavy a prožitky (Špinarová Dusbábková in Vybíral & Roubal, 2010, str. 519-525), což je myšlenka, jejíž kořeny lze vystopovat v psychoterapeutické práci Freuda a Reicha (Zajíčková, 2011, str. 68). Tanečně-pohybová terapie se začala utvářet po druhé světové válce a propojovala v sobě poznatky psychoterapie a zkušenost moderního tance (Čížková, 2005, str. 25). Pohyb a tanec zde nejsou vnímány z estetického či výkonového hlediska, ale jako prostředek vyjádření prožitků a myšlenek klienta a vytváří prostor pro analýzu a intervenci spontánních pohybů a fyzických vjemů. Tanečně pohyboví terapeuti využívají pozorování, hodnocení, výzkum, terapeutickou interakci a intervenci (Špinarová Dusbábková in Vybíral & Roubal, 2010, str. 519-520).

Primární ohnisko tanečně-pohybové terapie závislých, spočívající především v obnově schopnosti uvědomovat si základní tělesné pocity, vychází ze skutečnosti, že tyto pocity bývají užíváním návykových látek dlouhodobě blokovány. Jejich znovuoobjevení a prožívání tak může být pro danou populaci často obtížné a ochromující (Zajíčková, 2011, str. 68). Taneční pohybová terapie může být účinným nástrojem pro zvládání stresu a prevenci psychických a fyzických problémů. Využít se dá u těch, jejichž psychické problémy souvisí s tělem či jeho změnami, přijetím a vnímáním, nebo kteří prožili intenzivní tělesný zážitek spojený s traumatem, a u těch, jejichž verbální zpracování citlivého tématu je omezené a nekonkrétní (Špinarová Dusbábková in Vybíral & Roubal, 2010, str. 525).

Tanečně-pohybová terapie může být drogově závislým klientům nápomocná především:

1. podporou identifikace a spontánní exprese pocitů a prožitků prostřednictvím zvyšování sebeuvědomění;
2. rozvojem tolerance a schopnosti transformace stresujících pocitů a prožitků;
3. rozvojem schopnosti důvěřovat sobě sama i skupině a později obecně druhým lidem;

4. poskytnutím bezpečného prostředí pro uvědomění si ztrát;
5. facilitací procesu prozkoumání adaptivnějších odpovědí a cest vedoucích k vyrovnaní se s problémy a chováním plynoucím z onemocnění závislostí (Zajíčková, 2011).

Ačkoliv se tanečně-pohybová terapie již v léčbě závislostí často praktikuje, realizovaných výzkumů na toto téma není mnoho. Jejich ohnisko je často ovlivněno specifickým kontextem jako např. vězeňské prostředí, doplňková léčba jiného přístupu či léčba duálních diagnóz (Fisher, 1990; Milliken, 1990; Thompson, 1997 podle Zajíčková, 2011, str. 73).

11.8. BODY-PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie je jedním z nejdůležitějších, ne-li úplně nejdůležitějším nástrojem v léčbě závislostí. Proto psychoterapie, která bere v potaz nejen psychickou stránku člověka, ale také tělo jako jeho nedílnou součást, může účinek terapie znásobit.

Body-psychoterapie je svébytnou oblastí poměrně různorodých psychoterapeutických přístupů, které jsou postaveny na předpokladu funkční psychické a tělesné jednoty v osobnosti člověka a na možnosti přímé práce s tělem (tj. včetně použití dotyku). Je to přístup řídit se psychoterapeutickými principy a je včleněn do široké rodiny psychoterapeutických přístupů (Abramčuk, 2014, str. 182-183).

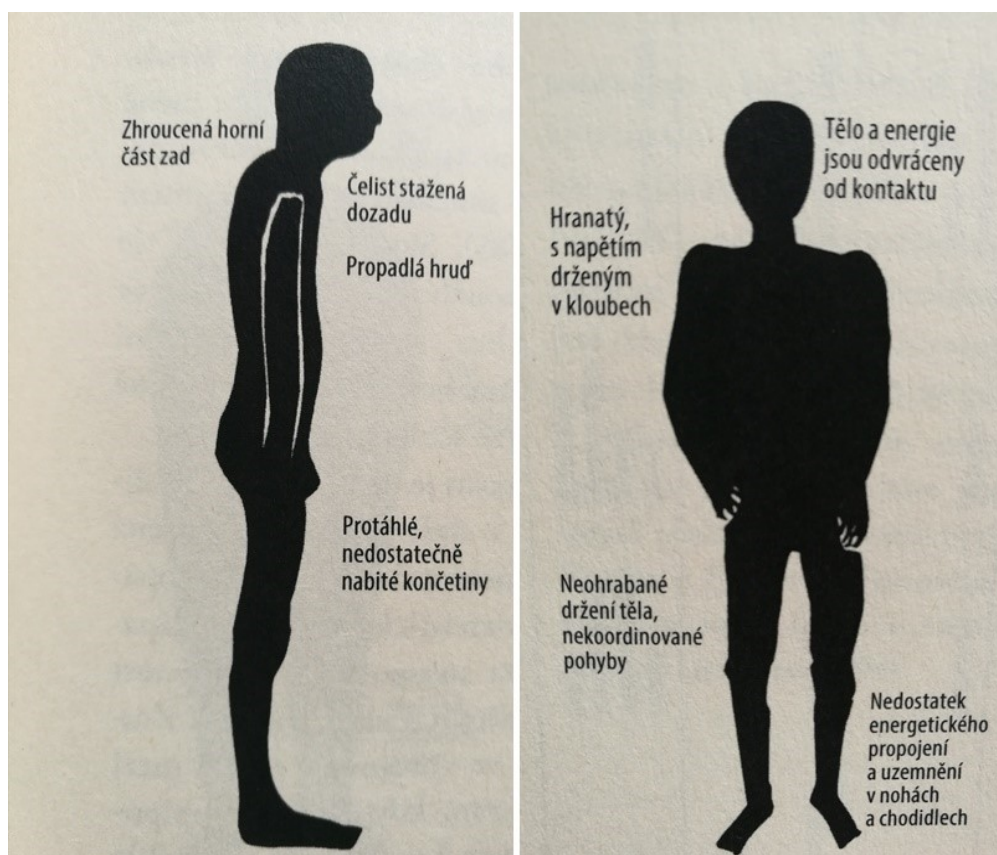
Dle Stauntonové (2014) je jedním ze základních principů body-psychoterapie tvrzení, že neurotické symptomy mají psycho-fyzickou korelaci. V minulosti nebyla body-psychoterapie brána v profesionálních kruzích tak vážně jako tradičnější psychoterapeutické přístupy. Byla přiřazována v alternativním body-terapiím, například k Feldenkreisově či Alexandrově metodě. Však na rozdíl od těchto body-terapií samotných (např. fyzioterapie, masáže, Alexandrova technika, Feldenkreisova metoda, Rolfing a mnoho dalších), které s tělem mohou pracovat dokonce zručněji a intenzivněji, zahrnuje body-psychoterapie obvyklé aspekty psychoterapie, jako jsou vývojová teorie, teorie psychopatologie, teorie procesu atd. (Abramčuk, 2014, str. 184).

V současnosti je somatika v oboru psychoterapie na vzestupu, avšak stále existuje málo literatury zabývající se tímto tématem. Zakladatelem body-psychoterapie je Wilhelm Reich a je založena na psychoanalytických konceptech a metodách. Reich uvedl do psychoterapie možnost přímé práce s tělem (tj. také použití terapeutova dotýkání se klienta), zabýval se ztělesněním obranných mechanismů, vznikem a vývojem charakterové struktury jedince. Zjistil, že obranné mechanismy se nevědomě manifestují rovněž tělesně a nazýval to svalovým krunýřem, se kterým dále tělesně pracoval (Abramčuk, 2014, str. 183).

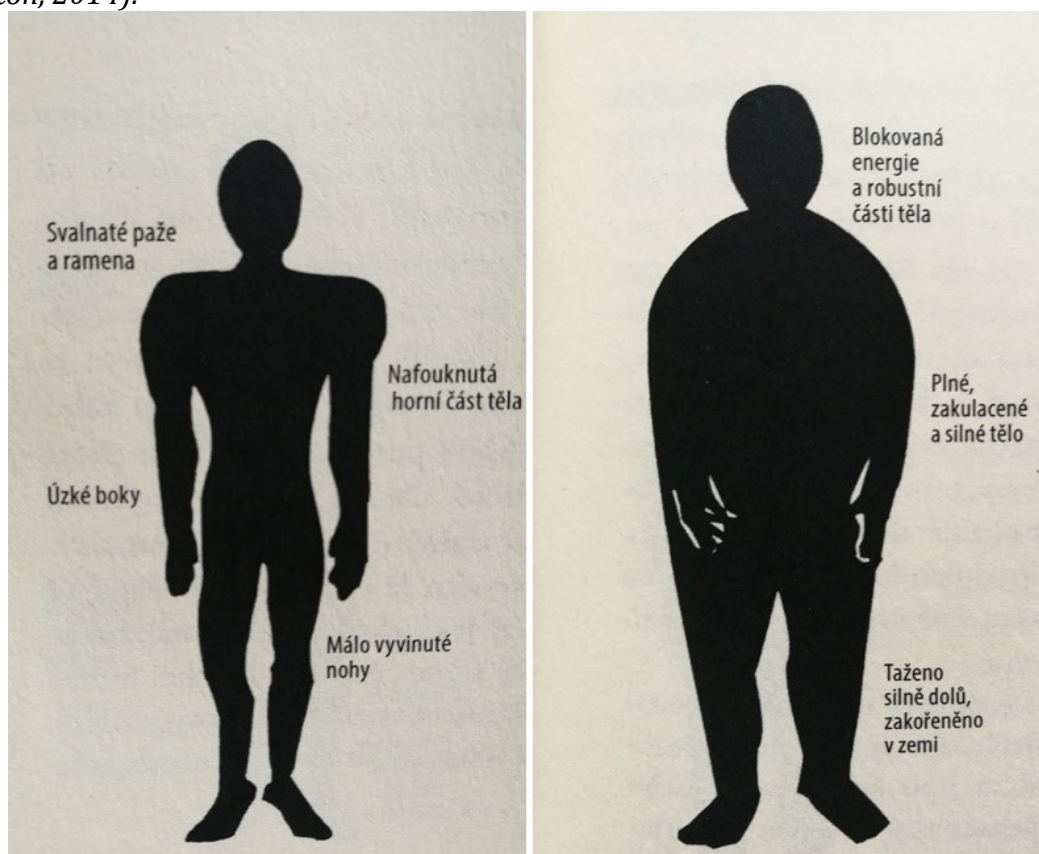
11.8.1. Charakterová struktura

Reich vypožadoval různé charakterové vzorce a stanovil systém šesti základních charakterových typů: schizoidní osobnost, orální charakter, psychopatická charakterová struktura, masochistická charakterová struktura a rigidní charakterová struktura. Koncipoval také genitální charakter, což není charakterová struktura, ale reprezentuje zdravou lidskou bytost, která překonala omezení svého charakterového pancíře. Teorie charakterových struktur umožňuje terapeutovi stanovit diagnózu a vymyslet pracovní strategii (Eiden in Stauntonová, 2014, str. 57-65).

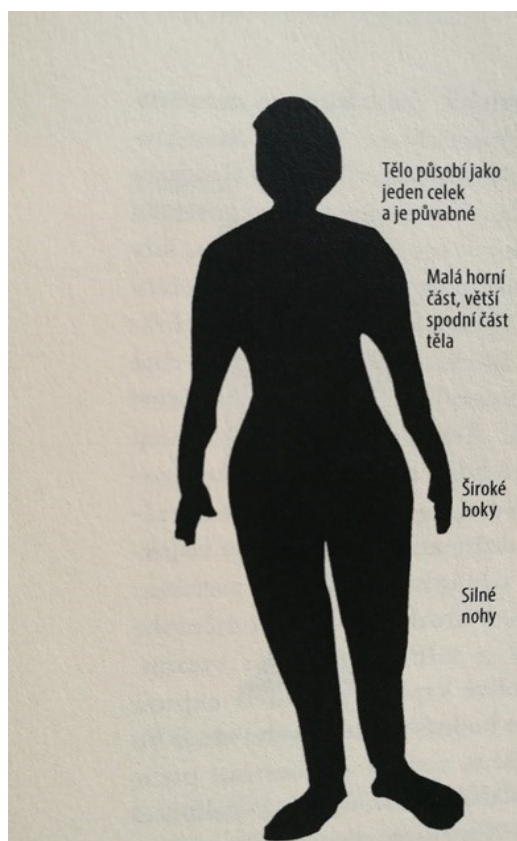
Obr. č. 3: Orální (vlevo) a schizoidní (vpravo) charakter osobnosti dle Reicha (Staunton, 2014).



Obr. č. 4: Psychopatická (vlevo) a masochistická (vpravo) charakterová struktura dle Reicha (Staunton, 2014).



Obr. č. 5: Rigidní (hysterická) charakterová struktura dle Reicha (Staunton, 2014).



Reich formuloval 6 faktorů, které určují způsob obrany, kterou si dítě osvojí a případně manifestuje jako charakterovou strukturu:

1. Vývojová fáze, ve které se odehrálo trauma nebo byl frustrován impuls
2. Intenzita a frekvence frustrace
3. Povaha impulsu, proti kterému je frustrace především zaměřena – například proti vyjádření hněvu, proti něžným pocitům nebo vyjádření potřeby.
4. Vzájemný vztah mezi požitkem a frustrací
5. Pohlaví osoby převážně odpovědné za frustraci
6. Protiklady ve frustraci – například, někdy je něco přijatelné a jindy ne. ale není pro to žádné logické vysvětlení.

Reich rozvinul teorii, že charakterový pancíř je manifestací zamrzlého životního příběhu osoby. Ztvrdnutí ega se děje během procesu adaptace na dospělý život se vší odpovědností. To vyústí do zablokování proudu životní síly, manifestovaného neurotickými a somatickými symptomy (Eiden in Stauntonová, 2014, str. 57-65).

11.8.2. Vegetoterapie

Vegetoterapie je základní princip v body-psychoterapii. Jejím cílem je uvolnění fyzického napětí, aby se mysl oprostila od mentální struktury přesvědčení. Klient nebo pacient je požádán, aby zaměřil svou pozornost na tělo a je povzbuzen, aby zůstal v kontaktu s vnitřními pohyby, pocity a emocemi. Terapeut může povzbudit dýchání, vyjádřit podporu rukou nebo napomáhat procesu využitím více konfrontačních fyzických cvičení (Eiden in Stauntonová, 2014, str. 75).

V. PRAKTICKÁ ČÁST: Kazuistika

12. METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Praktická část bakalářské práce je kvalitativní a obsahuje jednu kazuistiku pacientky, která se nachází v ústavní léčbě závislostí v PN Bohnice. Pacientka byla vybrána vedoucím lékařem na oddělení na základě stanovených kritérií. Podmínkou byla závislost na návykových látkách a zároveň nespecificky určená porucha muskuloskeletální soustavy, kterou lze ovlivnit pomocí fyzioterapie.

Celkový počet setkání s pacientkou bylo 14 a celá kazuistika byla zpracovávána v průběhu 8 týdnů. První 3 setkání byly realizovány za účelem získávání informací ohledně závislosti, psychického stavu, hospitalizace a programu léčby pacientky. Na dalších dvou setkáních proběhlo vstupní vyšetření a kineziologický rozbor, kdy byly na závěr pořízeny i 3 fotografie pacientky. Následovalo 8 cca hodinových terapií s tím, že mezi jednotlivými setkáními si pacientka cvičila sama. Závěrem bylo provedeno výstupní vyšetření a zhodnocení terapie ze strany pacientky. Terapie probíhala v prostorách Centra psychosomatické rehabilitace a fyzioterapie v PN Bohnice a při terapii byly využity různé rehabilitační pomůcky, které si bylo možné zapůjčit.

13. ETIKA

Spolupráce s pacientkou byla schválena primářkou oddělení závislostí, kde se pacientka nachází. Pacientka byla informována o zpracování údajů do bakalářské práce a byla ujištěna o naprosté anonymitě její osoby. Se zpracováním kazuistiky i s pořízením fotografií souhlasila.

14. KAZUISTIKA

Kazuistika byla zpracována s pacientkou s dlouhodobými problémy v pohybovém aparátu i v psychické oblasti. Pacientce byl před celou sérií terapií vysvětlen účel a postup terapie a na konci každé návštěvy bylo připomenuto, co si bude cvičit mezi jednotlivými terapiemi.

Kazuistika je rozdělená na několik částí. V úvodní části je rozepsaná anamnéza pacientky včetně části, která se týká její drogové kariéry. V další části je rozepsán průběh individuální terapie a poslední část kazuistiky popisuje možnosti skupinové pohybové aktivity v léčbě pacientky.

14.1. ANAMNÉZA

Pacientka: P. M., žena

Rok narození: 1976

Výška: 163 cm, váha: 71 kg

OA: V 10 letech prodělala dva epileptické záchvaty typu grand mal 2x v jednu noc. Byla v bezvědomí, pod dohledem lékařů. Chronický kašel, zahleňování, zhoršuje se to s kouřením – od malička, výskyt v rodině. Krevní tlak v normě. V 25 letech autonehoda - 19.12. 2001, pac. jako spolujezdec – opilý řidič, narazili do sloupu, pac. v bezvědomí, vzbudila se za 3 dny. Zlomenina pravého femuru, bolesti hlavy a krční páteře - chodila na RHB i obštriky. Poté depresivní stavy. Inkontinence moči od porodu – oslabené pánevní dno, při poskocích, smíchu. Premenstruační syndrom začíná 5 dní před menstruací, silné bolesti, dušnost, pocity na zvracení. Chronické bolesti v oblasti krční a bederní páteře. Poslední dva roky syndrom neklidných nohou - pacientku obtěžuje hlavně v noci (bolesti, brnění, napětí).

RA: Matka 62 let, podle pac. alkoholička, pije celý život, ale nikdy se neléčila, somatické komplikace nemá. Otec v mládí též obtíže s alkoholem, patrně cirhóza, zemřel na prasklý vřed v 48 letech (pac. bylo 17 let). Sourozenci: mladší a starší bratr, zdraví. Děti: pacientka má 2 dcery - 18 a 8 let.

SA: Aktuálně v rozvodovém řízení po 20 letech manželství, má přítele. Doteď bydlela s manželem a dcerami v bytě, po léčbě bude bydlet sama v pronajatém pokoji v bytě.

AA: na kočičí srst, polékové: sumamed

FA: v současnosti antidepressivum Remood (bere již 15 let), Antabus (lék zvyšující citlivost vůči alkoholu – funguje jako prevence), často analgetika proti bolestem

Abusus: viz dále – kap. č. 14.1.1.

GA: menstruace od 13 let, cyklus pravidelný, dysmenorrhoea, HAK neužívá. porod: 2x spontánní, průběh fyziologický, od té doby stresová inkontinence. Potrat: 2x UPT.

PA: vzdělání: studovala obchodní akademii, kterou nedodělala pro alkohol; poslední zaměstnání: prodavačka v drogerii, akt. ve zkušební lhůtě. Často na nemocenské, 8 let pracovala na půl úvazek v bance, chodila d práce pod vlivem. Potom různé práce, nikde nevydržela dlouho.

NO: vícečetná závislost, chronická deprese, stresová inkontinence, ztuhlost a bolest krční páteře, bolesti bederní páteře občas vystřelující do levé DK.

14.1.1. Drogová a psychiatrická anamnéza

Pacientka nepopisuje své dětství jako dobré. Rodiče hodně pili. Do té doby, než měla epileptický záchvat, se učila dobře, po záchvatu se zhoršila ve škole, poruchy pozornosti. Nevlastní otec jí hodně nadával, matka se jí nezastávala. Špatné zvládání stresu. Nikdy nechodila k psychologovi nebo psychoterapeutovi.

Poprvé se opila ve 13 letech na Silvestra. Od 16 let pila alkohol o víkendech na akcích. Utíkala z domu. V 17 letech pila alkohol asi 2x týdně. V tomto období jí zemřel táta, což špatně nesla. Poprvé vyzkoušela pervitin, který si dala ještě jednou. V 19 letech poznala (ex)manžela a po narození 1. dcery pila jen příležitostně. Marihuanu vyzkoušela 3x za život, ale vždy následovaly špatné somatické příznaky, zvracela.

Ve 25 letech se opili se spolužákem, kdy došlo k autonehodě. Poté dva roky nepila, ale trpěla silnými depresemi, nemohla vstát z postele. Ve 25 letech začala brát antidepresivum Remood a Lexaurin, který jí byl předepisován lékařem proti velké úzkosti a na spaní. Začala jej zneužívat, nekontrolované užívání. 2. těhotenství bylo plánované, žádné léky neužívala. Po 2. těhotenství se jí zhoršil psychický stav, špatná finanční situace, takže po roce začala zase užívat léky, pít alkohol. Kombinovala několik léků benzodiazepinového typu: Neurol, Xanax, Rivotril a jiné. Navštěvovala několik psychiatrů, kteří jí předepisovali léky, které sháněla také na internetu. Léky způsobovaly celkový útlum, časté pády, zcestné myšlenky. Nedokázala přestat, manžel jí vyhodil všechny léky. 3 dny spala, potom se dostavil abstinenční stav. V roce 2012 nastoupila dobrovolně do 1. léčby, kterou však nedokončila. Tři měsíce docházela na stacionář, ale s jedním z klientů se scházela na víno. V roce 2015 jí tento známý zprostředkoval pervitin, stav se jí líbil, ale potom měla výčitky, přestala úplně brát všechny NL. Po měsíci se opila, vrátila se zpět k práškům, Lexaurin užívala cca jednou za 3 týdny. V létě 2016 potkala známou, se kterou užila pervitin, následně to zopakovala v průběhu léta asi 5x. Vzala si pervitin s sebou i na rodinnou dovolenou. Přišly stresové situace, což bylo příčinou toho, že na podzim 2016 začala pravidelně šňupat pervitin. Na pervitinu se jí často objevovaly sluchové a zrakové halucinace, zhoršené vidění. Poslední dobou kombinovala s pervitinem i Lexaurin.

Doma docházelo ke konfliktům s manželem a starší dcerou. Dcera ji několikrát uhodila, pac. dceři vyhrožovala s nožem. Rodina zavolala do psych. nemocnice, kde je pacientka v současnosti hospitalizována. Ze začátku tam nechtěla být, špatný psychický stav, prvních 14 dní snížená motivace k léčbě a k životu. Potom se to začalo lepší. Nejvíce jí pomáhají skupiny, když vidí, že v tom není sama. V současnosti je pacientka v polovině své léčby v PN a plánuje ji dodělat do konce. Řeší, kde bude bydlet a jak si najde práci.

14.2. INDIVIDUÁLNÍ TERAPIE

14.2.1. Vstupní kineziologický rozbor

Aspekce – vyšetření stoje:

Tab. č. 4: Vyšetření stoje zezadu – vstupní KR

Paty	pravá valgózní
Achillova šlacha	pravá silnější
Lýtka	Symetrická
Kolena	ve stejné výši, popliteální rýhy symetrické
Stehna	symetricky výrazný tukový polštář na laterálních stranách, os femur dextra delší o 1,5 cm
Gluteální rýhy	bez výrazného rozdílu
Intergluteální linie	mediálně, bez vychýlení
Páneve	sešikmená, výše vpravo
Tajle	na levé straně větší
Bederní páteř	mírná skolióza konvexně vpravo, pravostranný val výraznější, zvýšený tonus vzpřimovačů
Hrudní páteř	křivka páteře ve frontálním pohledu fyziologická
Lopatky	asymetrie, pravá dál od páteře
Krční páteř	výrazný vertebra prominens (C7)
Ramena	Symetrická
Hlava	v protrakci, mírný úklon vlevo

Tab. č. 5: Vyšetření stoje z boku – vstupní KR

Bérce	Symetrické
Kolena	ve stejné úrovni, uzamčená, hyperextenze

Stehna	tukový polštář bilaterálně
Pánev	mírná antevertze
Břicho	ochablá břišní stěna
Bederní páteř	Hyperlordóza
Hrudní páteř	plochá, nevýrazná kyfóza
Krční páteř	Křivka fyziologická
Ramena	v protrakci
Hlava	v protrakci a mírném záklonu, jizva na levé tváři, defekt levého horního rtu

Obr. č. 6: Fotografie pacientky při vstupním vyšetření z pravého a levého boku.



Tab. č. 6: Vyšetření stoje zepředu – vstupní KR

Chodidla	podélné plochonoží, levá noha zatížená více na mediální hraně plosky
Prsty	mírná deformita palců, počáteční halux valgus více na levé noze
Kolena	ve stejné výši, asymetrická, medializace pately na PDK
Kyčelní klouby	ve větší zevní rotaci
Pupek	v mediální linii
Claviculy	Symetrické
Hrudník	v inspiračním postavení, prominence spodních žeber – více vlevo
Ramena	V protrakci
Hlava	mírný úklon vlevo

Obr. č. 7: Fotografie pacientky při vstupním kineziologickém rozboru zepředu a zezadu.



Dynamické vyšetření páteře:

Tab. č. 7: Zkoušky pro zjištění pohyblivosti páteře

Schoberova vzdálenost	4,5 cm
Stiborova vzdálenost	8 cm
Čepojova vzdálenost	2 cm
Ottova inklináční vzdálenost	1,5 cm
Ottova reklináční vzdálenost	1 cm
Thomayerova zkouška	0 cm
Lateroflexe	vpravo: 17 cm vlevo: 17,5 cm

Z těchto zkoušek vyplývá, že pacientka má sníženou pohyblivost v hrudní páteři do flexe i extenze a lateroflexe trupu je v porovnání obou stran mírně asymetrická.

Dynamické vyšetření stoje:

Stoj na špičkách zvládne, na patách balancuje. Rhombergův stoj I, II fyziologický, ve III. fázi mírné titubace vlevo. Trendelenburgova-Duschenova zkouška negativní, stoj na jedné noze zvládne.

Vyšetření chůze:

Pacientka má při chůzi uzamčená kolena, našlapuje na paty, odvíjení od prstů je nedostatečné. Chůze je hlasitá.

Chůzi po špičkách i po patách zvládne.

Antropometrie končetin:

Obvody HKK:

Tab. č. 8: Obvody horních končetin

	Pravá HK	Levá HK
Zápěstí	16 cm	16 cm
Předloktí	23,5 cm	23 cm

Loket	24,5 cm	24 cm
Paže	27 cm	27 cm

Délka HKK: symetrická, 68 cm

Obvody DKK:

Tab. č. 9: Obvody dolních končetin

	Pravá DK	Levá DK
Kotníky	24 cm	23 cm
Kotníky + pata	28 cm	28 cm
Střed bérce	38 cm	38 cm
Střed kolena	37 cm	37 cm
Stehna (10 cm nad patelou)	45 cm	43,5 cm

Délka DKK:

Tab. č. 10: Anatomická a funkční délka dolních končetin.

	Pravá DK	Levá DK
Anatomická délka	82 cm	80,5 cm
Funkční délka	87 cm	85,5 cm

Goniometrie:

Krční páteř

Tab. č. 11: Rozsahy aktivních pohybů v krční páteři – vstupní KR

Úklon hlavy vpravo	30°
Úklon vlevo	20°
Rotace hlavy doprava	70°
Rotace doleva	55°
Flexe Cp	75°

Extenze Cp	90°
-------------------	-----

Pohyb hlavy je omezen při úklonu i rotaci doleva a při flexi, která je doprovázená bolestí šíjových svalů.

Horní končetiny

V rozsazích pohybů v kloubech HKK nebyla zjištěna žádná patologie, ani výrazné rozdíly mezi pravou a levou horní končetinou.

Dolní končetiny

Tab. č. 12: Rozsahy pohybů v kloubech DKK dle metody SFTR

	Levá dolní končetina	Pravá dolní končetina
Kyčelní kloub	S 15-0-110	S 10-0-110
	F 50-0-20	F 45-0-20
	R 30-0-50	R 25-0-45
Kolenní kloub	S 5-0-130	S 5-0-130
Hlezenní kloub	S 25-0-65	S 25-0-65
	R 25-0-30	R 30-0-30

Základní neurologické vyšetření:

- Reflexy: na horních i dolních končetinách jsou fyziologické.
- Pyramidové jevy: negativní
- Zánikové jevy: negativní
- Orientační testy na mozeček: negativní
- Lassegue: negativní bilaterálně
- Vyšetření senzitivity:
 - dolní větev n. facialis: v oblasti pravého rtu a tváře snížená citlivost
 - končetiny: fyziologické

Svalový test:

Tab. č. 13: Vyšetření svalového testu vybraných svalů inervovaných n. facialis

N. FACIALIS	Pravá strana	Levá strana
m. frontooccipitalis	5	5
m. orbicularis oculi	5	5
m. nasalis	5	5
m. levator anguli oris	4+	5
m. buccinator	4	5
m. zygomaticus major	4	5
m. orbicularis oris	4	5
m. depressor anguli oris	4	5
m. depressor labii inferioris	4	5

Svalová síla horních končetin

- Palmární flexory zápěstí: PHK i LHK st. 5
- Dorzální flexory zápěstí: PHK i LHK st. 5
- Flexory lokte: PHK i LHK st. 5
- Extenzory lokte: PHK i LHK st. 5
- Flexory ramenního kloubu: PHK i LHK st. 5
- Extenzory ramenního kloubu: PHK i LHK st. 4+
- Abduktory ramenního kloubu: PHK i LHK st. 4+
- Adduktory ramenního kloubu: PHK i LHK st. 5
- Vnější rotátory ramenního kloubu: PHK i LHK st. 4+
- Vnitřní rotátory ramenního kloubu: PHK i LHK st. 5

Svalová síla dolních končetin

- Plantární flexory hlezenního kloubu: PDK i LDK st. 4+
- Dorzální flexory hlezenního kloubu: PDK i LDK st. 4+
- Flexory kolenního kloubu: PDK i LDK st. 5
- Extenzory kolenního kloubu: PDK i LDK st. 5
- Flexory kyčelního kloubu: PDK i LDK st. 5

- Extenzory kyčelního kloubu: PDK i LDK st. 4+
- Abduktory kyčelního kloubu: PDK i LDK st. 5
- Adduktory kyčelního kloubu PDK i LDK: st. 4

Daší testy:

- Patrickův test: negativní.
- Test náklonu (přenesení váhy dopředu v poloze na čtyřech): celkově oslabena schopnost stabilizace lopatek, insuficience dolních fixátorů lopatek. Pravá lopatka více odstává.
- Brániční test: insuficience, nedostatečné rozšíření kaudální části hrudníku do stran, rozšiřuje se více ventro-dorzálně.
- Test břišního lisu: svaly zapojeny rovnoměrně, ale po chvíli oslabuje kaudální postavení hrudníku a staví se do inspiračního postavení.

Palpační vyšetření:

- Snížená protažitelnost kůže a podkoží v šíjové i bederní oblasti. Pacientka ale neudává při palpaci bolest.
- Zkrácené krční fascie, zkrácená thorakolumbální fascie.
- Hypertonus horní a střední porce m. trapezius a m. levator scapulae bilaterálně.
- Hypertonus paravertebrálních svalů, nejvýrazněji v oblasti bederní, více vpravo.
- Hypertonus m. pectoralis major et minor bilaterálně.
- Hypotonické mezilopatkové svaly.
- Hypotonické mm. glutei.
- Hypertonus m. piriformis bilaterálně.
- Pružení SI skloubení – vlevo blokáda. V tomto místě i bolestivé.

14.2.2. Hlavní problém pacientky

Největším problémem je pro pacientku stresová inkontinence, ztuhlost a bolesti šíjového svalstva, bolesti levé strany bederní páteře a SI kloubu, hyperlordóza bederní páteře. Dále bylo zjištěno, že těžiště těla je vepředu, pacientka má uzamčená kolena ve stoji i při chůzi. Protrakce ramen, ochablé břišní svalstvo, porucha břišního lisu a nedostatečná aktivace HSSP.

14.2.3. Krátkodobý rehabilitační plán

Krátkodobým rehabilitačním plánem je úleva od bolesti, uvolnění měkkých tkání v oblasti krční a bederní páteře a odstranění svalových dysbalancí. Aktivace hlubokého stabilizačního systému páteře (HSSP), zlepšení posturální i dechové funkce bránice,

edukace pacientky o správném stereotypu dýchání. Mobilizace L páteře a SI skloubení, uvolnění měkkých tkání v okolí kostrče. Aktivace pánevního dna, cvičení na posílení svalů pánevního dna a zlepšení stresové inkontinence. V rámci terapie je cílem využít také techniky zaměřené na vnímání těla.

Tento plán bude naplňován pomocí využití prvků z metody DNS, Vojtovy reflexní lokomoce, Mojžíšové, McKenzieho, využití cviků dle Kegela, SM systému (spirální stabilizace) a prvků z metody Feldenkreise a mindfulness včetně využití kineziotapingu a různých pomůcek.

14.2.4. Dlouhodobý rehabilitační plán

Kromě cíle udržení abstinence od všech návykových látek je v rámci dlouhodobého plánu pokračování ve cvičení pánevního dna pro eliminaci stresové inkontinence. Práce se stresem pomocí dechových cvičení, relaxačních technik a technik mindfulness. Pacientce bude doporučeno pokračovat ve cvičení, které se naučila, aby byla komplexní terapie co nejvíce efektivní a dlouhodobá. Dále se v rámci dlouhodobého rehabilitačního plánu je možné zaměřit na syndrom neklidných nohou, který pacientku dlouhodobě trápí.

14.2.5. Terapie

- **1. setkání:** Pacientka vidí největší problém ve stresové inkontinenci, dále ji trápí ztuhlost šíjových svalů a bolesti bederní páteře. Hlavním cílem terapie bylo uvědomění svalů pánevního dna a představení cviků na posílení svalů pánevního dna. Kromě toho pacientce byl vysvětlen princip aktivace břišního lisu
Terapie: aktivace HSSP, dechové cvičení s navedením hrudníku do expiračního postavení, cvičení v představě dle Kegela a dle metody infinity (pánevní osmičky), pánevní hodiny dle Feldenkraisovy metody, Kegelovo cvičení, aktivace svalů pánevního dna, korekce sedu, edukace pacientky.
- **2. setkání:** Pacientka prováděla denně cvičení v představě i cviky dle Kegela. Hlavním cílem terapie bylo zopakování těchto cviků a uvolnění měkkých tkání v oblasti krční a bederní páteře.
Terapie: měkké techniky na Cp a Lp, protažení kůže a fascií, Küblerova řasa, trakce krční a bederní páteře, mobilizace SI skloubení, aktivace HSSP, aktivace svalů pánevního dna, vybrané cviky dle Mojžíšové, opakování cviků dle Kegela, Feldenkraisovy a infinity metody (pánevní hodiny a osmička).
- **3. setkání:** Pacientka se cítí dobře, snaží se cvičit každý den. Bolesti šíjového svalstva stále přetrvávají, únik moči přetrvává. Často pokašlává. Hlavním cílem terapie bylo uvolnění měkkých tkání a svalů v okolí šíje a bederní páteře, zopakování a přidání nových cviků dle Kegela, zaměření na dýchání, základní seznámení pacientky

s respirační fyzioterapií. Přidali jsme techniku pro vnímání celého těla a celkovou relaxaci.

Terapie: měkké techniky na tkáně v okolí Cp a Lp, trakce Cp, PIR na m. trapezius a m. levator scapulae, uvolnění okolí kostrče. Kegellovy cviky s overballem, pánevní hodiny, pánevní osmička, aktivace HSSP s využitím velkého míče. Vojtova reflexní lokomoce – RO1 (hrudní zóna k aktivaci dechu), respirační fyzioterapie – kontaktní dýchání, PEP systém, edukace pacientky. Mindfulness technika – Body scan pro zlepšení vnímání těla a celkovou relaxaci.

- **4. setkání:** Pacientka se cítí dobře, přiznává, že neměla čas na cvičení, ale chodí cvičit večer pilates na oddělení. Udává zmírnění bolestí šíjových svalů. Hlavním cílem terapie bylo zaměření na aktivaci hlubokého stabilizačního systému a cvičení pro zapojení svalových řetězců. Přidali jsme vybrané cviky dle Mojžíšové.

Terapie: měkké techniky, trakce Cp, protažení krčních fascií, aktivace správného dechového stereotypu, navedení hrudníku do expiračního postavení, aktivace HSSP a cvičení s prvky DNS s využitím velkého míče, tříměsíční poloha na zádech a na břiše, cvičení na posílení svalů ramenních pletenců v poloze na 4. Zopakování cviků na pánevní dno, mobilizace Lp a SI skloubení, cvičení dle Mojžíšové.

- **5. setkání:** Pacientka se cítí dobře, ale zvýraznila se bolest bederní páteře. Nejhorší to je při cvičení pilates na oddělení (vedené jinou pacientkou). Pacientka předvedla cviky, které jí dělají problémy. Hlavním cílem terapie byla korekce těchto cviků a cvičení na bederní páteř. Pacientce byla vysvětlena důležitost správné aktivace hlubokého stabilizačního systému.

Terapie: měkké techniky na bederní oblast, protažení krčních a thorakolumbálních fascií, aktivace HSSP, cvičení s prvky DNS a na podkladě vývojové neurofyziologie, aktivace pánevního dna, cviky dle Kegela, cvičení na velkém míči, pánevní hodiny (dle Feldenkraise), cvičení na Lp dle McKenzieho, SM systém – spirální stabilizace dle Smíška. Kineziotaping pro inhibici vzpřimovačů bederní páteře.

- **6. setkání:** Pacientka se přiznává, že nestíhá cvičit. Hlavním cílem terapie bylo zopakování cviků a aktivace pánevního dna při zvýšení nitrobřišního tlaku a aktivace svalů stabilizujících lopatky.

Terapie: měkké techniky na bederní oblast, protažení thorakolumbální fascie, zopakování cviků z minulých terapií, aktivace HSSP a pánevního dna, nácvik aktivace pánevního dna při zvýšení nitrobřišního tlaku - využití bosu. SM systém – spirální stabilizace dle Smíška – vsedě a vestoje, cvičení s prvky DNS a na podkladě vývojové neurofyziologie, cvičení na posílení mezilopatkových svalů – 3.měsíční model na břiše, cvičení na čtyřech. Cvičení s prvky metody dle Mojžíšové.

- **7. setkání:** Pacientka cvičí Kegellovy cviky několikrát denně když si vzpomene, ale na jiné cviky si čas neudělala. Udává bolest levé strany bederní páteře a SI skloubení.

Hlavním cílem terapie byla mobilizace SI kloubu, edukace k automobilizaci, cvičení při zapojení hlubokého stabilizačního systému, spirální stabilizace a cvičení dle McKenzieho na bederní páteř.

Terapie: techniky měkkých tkání na oblast bederní páteře, protažení thorakolumbální fascie, Vojtova reflexní lokomoce – RO1 (hrudní zóna k aktivaci dechu), brániční dýchání, aktivace HSSP vleže na zádech a boku (prvky DNS), mobilizace SI skloubení, PNF pánve. Zopakování cviků z minulých terapií, cvičení Lp dle McKenzieho, SM systém vsedě a vestoje, nácvik pro domácí cvičení. Zopakování techniky Body scan pro celkové zklidnění (bioenergetické cvičení).

- **8. setkání:** Pacientka se má dobře. Stále přetrvávají bolesti v bederní páteři. Pro terapii byl zvolen hlavní cíl zopakování cviků z minulých terapií a stimulace plosek nohou s nácvikem odvíjení nohy pro zlepšení stereotypu chůze.

Terapie: techniky měkkých tkání na oblast bederní páteře, protažení thorakolumbální fascie, trakce bederní páteře. SM systém. cvičení s prvky DNS, cvičení na bosu, mobilizace drobných kloubů nohy, nácvik odvíjení nohy. Zopakování cviků na pánevní dno. Ukončení terapie, zopakování cviků, které si pacientka bude cvičit dál.

14.2.6. Výstupní kineziologický rozbor

Vyšetření stoje

Tab. č. 14: Vyšetření stoje zezadu – výstupní KR

Paty	pravá valgózní
Achillova šlacha	pravá silnější
Lýtka	Symetrická
Kolena	popliteální rýhy symetrické
Stehna	symetrická, os femur dextra delší o 1,5 cm tukový polštář na laterálních stranách přetrvává
Gluteální rýhy	Symetrické
Intergluteální linie	ve středu, bez vychýlení
Pánev	crista iliaca výše vpravo
Tajle	vlevo větší

Bederní páteř	mírná skolióza konvexně vpravo zmírnění napětí vzpřimovačů
Hrudní páteř	křivka z frontálního pohledu fyziologická
Lopatky	Symetrické
Krční páteř	křivka Cp z frontálního pohledu fyziologická
Ramena	Symetrická
Hlava	bez úklonu do stran

Tab. č. 15: Vyšetření stoje z boku – výstupní KR

Bérce	Symetrické
Kolena	ve stejné úrovni, lehce odemčená
Stehna	bilaterálně tukový polštář
Pánev	v mírné antevertzi
Břicho	ochablá břišní stěna
Bederní páteř	zvýrazněná lordóza
Hrudní páteř	plochá, nevýrazná kyfóza
Krční páteř	křivka fyziologická
Ramena	protrakce bilaterálně
Hlava	zmírnění protrakce hlavy

Tab. č. 16: Vyšetření stoje zepředu – výstupní KR

Chodidla	podélné plochonozi - více vlevo, levá noha zatížená více na mediální hraně plosky
Prsty	mírná deformita palců, počáteční halux valgus více na levé noze
Kolena	ve stejné výši, asymetrická, medializace pately na PDK přetrvává

Kyčelní klouby	přetrvává vnější rotace
Pupek	ve střední linii
Claviculy	Symetrické
Hrudník	kaudální postavení
Ramena	symetrická, v protrakci
Hlava	jizva na pravé straně tváře

Dynamické vyšetření páteře:

V dynamickém vyšetření páteře nedošlo v rozsazích pohyblivosti páteře k výrazným změnám.

Neurologické vyšetření

V neurologickém vyšetření nedošlo k žádným změnám. Neurologický nález je fyziologický.

Dynamické vyšetření stoje

Stoj na špičkách zvládne, při stoji na patách balancuje. Stoj na jedné noze zvládá. Trendelengurdova-Duschenova zkouška negativní bilaterálně. Romberg I, II, III fyziologický.

Vyšetření chůze

Chůzi po špičkách i patách pacientka zvládne. Lepší odvíjení od prstů, ale stále zamčená kolena a hlasitá chůze.

Antropometrie a goniometrie

Nedošlo ke změnám v obvodech ani délkách končetin.

Tab. č. 17: Rozsahy aktivních pohybů v krční páteři – výstupní KR

Úklon hlavy vpravo	30°
Úklon vlevo	25°
Rotace hlavy doprava	70°

Rotace doleva	65°
Flexe Cp	80°
Extenze Cp	95°

Po terapii došlo ke zlepšení v rozsazích pohybů v krční páteři. Rozsahy pohybů při úklonu i rotaci vlevo dosáhly fyziologické normy a rozsah pohybu do flexe se také zlepšil, při čemž již není přítomna bolest šíjových svalů.

Vzhledem k předpokladu, že během terapie nedošlo ke změně v rozsazích pohybů v kloubech končetin, goniometrie nebyla při výstupním kineziologickém rozboru vyšetřena.

Svalová síla

Ve svalové síle nedošlo k výrazným změnám od vstupního vyšetření.

Další testy

- Patrickův test: negativní
- Test náklonu (přenesení váhy dopředu v poloze na čtyřech): špatná stabilizace lopatek přetrvává.
- Brániční test: pacientka dokáže aktivovat posturální a dechovou funkci bránice zároveň.
- Test břišního lisu: pacientka se během terapie naučila správně aktivovat hluboký stabilizační systém při zvýšení nitrobřišního tlaku a dokáže udržet hrudník v kaudálním postavení při zvednutí dolních končetin.

Palpační vyšetření:

- Zlepšení pružnosti a protažitelnosti měkkých tkání v oblasti šíje, zmírnění napětí m. trapezius.
- Zmírnění napětí vzpřimovačů bederní páteře, lepší protažitelnost měkkých tkání.
- Hypertonus m. pectoralis major et minor přetrvává.
- Hypotonické mezilopatkové svaly.
- Hypotonické mm. glutei.
- Hypertonus m. piriformis bilaterálně.
- Pružení SI skloubení: odstranění blokády.

14.2.7. Zhodnocení terapie

Na základě vstupního kineziologického rozboru byl určen krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán. Krátkodobý plán byl upravován podle aktuálních potřeb pacientky. Kromě aktivace hlubokého stabilizačního systému byla terapie zaměřena na ovlivnění stresové inkontinence prostřednictvím aktivace svalů pánevního dna, na ovlivnění napětí měkkých tkání a hypertonických svalů v oblasti krční a bederní páteře, na aktivaci svalů ramenního pletence a na celkové ovlivnění postury a svalových dysbalancí.

Již po 3. terapii pacientka udávala zmírnění bolestí šíje, výrazně se zlepšilo napětí měkkých tkání v oblasti krku. Došlo ke zlepšení i v bederní oblasti, ačkoliv bolest v okolí bederní páteře stále přetrvává. Pacientce byla doporučena návštěva lékaře a RTG vyšetření. Podařilo se zmírnit antevertzi pánve a hyperlordózu bederní páteře.

Pacientka se naučila správně aktivovat brániční dýchání a zapojit hluboký stabilizační systém páteře. Při zapojení dechové a posturální funkce bránice pacientka trénovala posilování pánevního dna. Co se týče stresové inkontinence, pacientka udává změnu v pozitivním směru. Nestává se jí to tak často jako dříve, avšak k úplnému zlepšení nedošlo. Důvodem může být to, že pacientka necvičila každý den. V tomto případě je pacientce doporučeno, aby ve cvičení pokračovala.

V terapii jsem využila cvičení na uvědomění si částí těla, které si pacientka osvojila. Zaměřovali jsme se především na pánevní dno pomocí pánevní osmičky dle metody Infinity a pánevních hodin dle Feldenkreise, aby dostala tuto oblast do svého podvědomí. Zaměřili jsme se také na celé tělo pomocí techniky Body scan, která spočívá ve vnímání každé části těla. Dle pacientky mají tyto techniky uklidňující efekt a určitě v nich chce pokračovat dál.

V terapii šlo vidět, že adherence pacientky ke cvičení je horší. Může to souviset s její psychiatrickou diagnózou a poruchou pozornosti, kterou trpí od dětství. Při terapii často mluvila více než se soustředila na cvičení. Tohle se nedělo při technikách zaměřených na vnímání těla, možná by bylo tedy vhodné se na tyto techniky více zaměřit. Vhodné by zde bylo také posilování motivace pacientky.

14.3. SKUPINOVÁ TERAPIE - MOŽNOSTI POHYBOVÝCH AKTIVIT PACIENTKY V LÉČBĚ

Co se týče skupinových pohybových aktivit v rámci léčebného programu, pacientka má tyto možnosti:

- Každé ráno je povinná 10minutová rozcvička, kterou následuje 10 minut autogenního tréninku vedeného jednou z pacientek, která jej většinou čte z papíru.
- Jednou za týden mají pacientky ½ hodinový autogenní trénink = tzv. „psychorelax“, vedený psychologem.

- Jednou týdně má pacientka v programu ½ hodinové rehabilitační cvičení s fyzioterapeutem. Zde se využívají prvky z pilates, jógy, z metody Mojžíšové, posilovací cvičení a jiná.
- Jednou týdně mají pacientky možnost jít na jógu (30 min.), která je zaměřená spíše na dechová, meditační a relaxační cvičení.
- Další, dobrovolně zvolenou aktivitou je 1 hodina sportovních kolektivních aktivit = kinezioterapie. Chodí se buď na nordic walking, nebo do tělocvičny, kde hrají míčové hry, ping-pong a jiné.
- Jednou týdně dochází na oddělení taneční terapeutka, která vede tanečně-pohybovou terapii (1 hod.).
- 4x týdně večer má pacientka možnost sportovních aktivit na oddělení. Tuto aktivitu vede některá z pacientek, v současnosti cvičí např. pilates.

Dá se říct, že pohybových aktivit je v léčbě závislostí v PN Bohnice nabízeno relativně hodně. U lekcí, které vedou jiné pacientky, jež nemají příslušné vzdělání, však hrozí riziko, že nebudou instruovat správně, což může mít následné zdravotní, v případě autogenního tréninku i psychické, následky. Tento případ se stal u pacientky, s níž byla zpracována tato kazuistika, které se po cvičení pilates zhoršily bolesti v bederní páteři.

VI. DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo vytvořit přehled možností uplatnění fyzioterapeutických a kinezioterapeutických metod v ústavní léčbě závislostí na základě dosavadních výzkumů a publikací a propojit poznatky z oblasti adiktologie s poznatky o pozitivních účincích pohybové aktivity a jednotlivých metod práce s tělem. Ačkoliv pozitivní účinek pohybové aktivity na bývalé uživatele návykových látek je po psychické i fyzické stránce značný, existuje relativně málo zahraničních, a ještě méně českých studií, které by se tímto tématem zabývaly. V České literatuře vděčíme za poznatky v této oblasti především paní docentce PhDr. Běle Hátlové, PhD. a panu doktorovi MUDr. Karlovi Nešporovi, CSc., kteří jsou v této práci několikrát citováni.

Nejméně dostupných zdrojů existuje na téma uplatnění fyzioterapie v léčbě závislostí jako takové. Vzhledem k tomu, že přímo tomuto tématu se věnuje minimální počet autorů, v kapitole č. 9, byly propojeny poznatky z čistě adiktologických zdrojů ohledně onemocnění, s jakými se můžeme u závislých pacientů setkat, s poznatky z knih a článků o fyzioterapii těchto onemocnění. Více výzkumu a studií bylo realizováno v oblasti využití metod práce s tělem jako přídatná terapie v léčbě závislostí. Mezi tyto se řadí například technika mindfulness, relaxační metody, jóga, tanečně-pohybová terapie a další, které shrnuje kapitola č. 11.

Užívání návykových látek se podílí nejen na vzniku mnoha somatických onemocnění kardiovaskulárního, nervového, respiračního systému, onemocnění pohybového aparátu a dalších, ale také narušuje psychickou jednotu člověka a jeho vztah k vlastnímu tělu.

Ačkoliv výzkumů na prospěšnost pohybové aktivity v léčbě závislostí není mnoho, všechny se shodují na tom, že pohybová terapie má účinek pozitivní. Ať už se jedná o účinek na snižování depresivních a úzkostných pocitů pacienta a lepší zvládnutí stresových situací, zlepšení vnímání vlastního těla a zvýšení sebevědomí, zlepšení fyzikálních parametrů a pozitivní účinek na některá onemocnění, nebo účinek na snížení cravingu a zvýšení doby udržení abstinence (viz např. Brown et al., 2010; Kaur et al., 2013; Linke & Ussher, 2014; Nešpor, 2010; Zschucke et al., 2012).

Dle Stackeová & Blažková (2012) fyzioterapeut, který by se ve své terapeutické praxi rozhodl využívat prvky bioenergetiky, zároveň přejímá odpovědnost nejen za terapeutické zásahy v rovině somatické, ale intervenuje také do psychické sféry člověka, čímž akcentuje etický rozměr léčebného působení. Můžeme říct, že tohle platí i pro další metody práce s tělem. Je důležité, aby terapeut, který pracuje se závislými pacienty, měl dostatečné znalosti nejen z oblasti tělesné výchovy a fyzioterapie, ale měl by mít vzhledem ke specifitě této cílové skupiny alespoň základní psychoterapeutické a motivační dovednosti, aby se předešlo nežádoucím psychickým stavům pacienta nebo konfliktům s pacientem. Stejně tak

zaměstnanci ústavního psychiatrického zařízení nebo terapeutické komunity pracující jako terapeuti by měli mít přehled o nejčastějších onemocněních, kterými závislí lidé trpí, protože ne vždy je tam přítomen lékař, a měli by znát zásady pohybové aktivity při těchto onemocněních. Navíc, znalost lékařů psychiatrů v oblasti rehabilitace je často nedostatečná, a proto nejideálnější je v rámci interdisciplinárního týmu v zařízeních pro závislé kombinace psychoterapeuta, lékaře i fyzioterapeuta.

Otázkou je, zda je v těchto zařízeních pro fyzioterapeuta místo. Většinou se s nimi můžeme setkat ve velkých psychiatrických nemocnicích. Ale v zařízeních, která se zaměřují pouze na závislosti, se s nimi setkáme zřídka, jestli vůbec. Může to být například kvůli nedostatku finančních možností zařízení, nebo dojem, že fyzioterapeut není pro tuto cílovou skupinu důležitý.

Další otázkou, kterou by se mohl zabývat jiný výzkum, je, zda jsou nějaké metody práce s tělem v léčebných zařízeních nabízeny. Z vlastních zkušeností vím, že PN Bohnice, ve které byla zpracována kazuistika pro tuto práci, nabízí pohybových aktivit relativně hodně v porovnání s některými jinými psychiatrickými nemocnicemi (léčebnami), kam jsem se v rámci studia oboru adiktologie měla možnost podívat. Ještě s menším množstvím intervencí zaměřených na tělo jsem se setkala v terapeutických komunitách. Přitom každodenní těžká fyzická práce, s často jednostranným zatížením, má na tělo jisté negativní dopady. Ve spoustě zařízení je možnost, aby klienti chodili do posilovny, ale nejsou zde zaměstnanci, kteří by těmto pacientům říkali, jak správně cvičit, aby si ještě více neuškodili.

Jiný výzkum by se mohl zabývat samotnými účinky pohybové terapie na pacienty. Předmětem výzkumu by mohla být například motivace a adherence pacientů k pohybové aktivitě, účinky na psychiku jedince, délku udržení abstinence, zda pacienti pokračují s cvičením i po léčbě a mnoho dalších. Dále by se daly porovnávat jednotlivé metody a zjišťovat, která působí na pacienty nejlépe.

VII. ZÁVĚR

Tato práce mapuje možnosti využití pohybu či tělesného potenciálu v léčbě závislostí. Popisuje v podstatě tři odlišné dimenze. Jednak pohybovou aktivitu v rámci skupinových a tělovýchovných lekcí, jednak využití fyzioterapie jako takové a jednak využití různých expresivních metod a metod práce s tělem, které se zaměřují na vnímání těla a propojení těla a mysli. V praktické části této práce je zpracována kazuistika pacientky, jež propojuje adiktologii a fyzioterapii v praxi.

Jak již bylo široce popsáno v teoretické části práce, psychiatricky nemocní a závislí lidé často nedbají o své tělo a mají k němu narušený vztah. Častěji trpí psychosomatickými onemocněními a mají patologické pohybové vzorce chování. U nás se v terapii narušeného vztahu těla a mysli využívá metoda zvaná kinezioterapie, která se začala vyvíjet v 90. letech minulého století. Tělesná aktivita pomáhá zvládat bažení i negativní emoce, posiluje odolnost jedince proti stresu a zvyšuje sebeovládání pacienta, což funguje jako prevence relapsu. Kromě pozitivních vlivů na psychiku má pohybová aktivita účinek také v oblasti sociální, behaviorální, zdravotní i v oblasti neurofyzologie.

Vlivem užívání návykových látek dochází ke vzniku různých onemocnění a tito lidé jsou rizikovou skupinou pro častější úrazy a nehody. V léčbě závislosti se tak můžeme u pacientů setkat s různými chronickými i akutními problémy, v jejichž rehabilitaci je důležitou součástí fyzioterapie. Ne v každém zařízení se však fyzioterapeuti nachází. Práce s těmito pacienty má svá specifika. Mnoho adiktologických klientů si v životě prošlo traumatem, a proto mohou špatně vnímat doteky jiných lidí. Tuto bariéru je potřeba odbourávat postupně a s citem k individuálním potřebám klienta. Také motivace a adherence ke cvičení může být často nízká, proto by měl terapeut znát zásady motivačních rozhovorů a poskytnout pacientům dostatečnou podporu.

V moderní léčbě závislostí se čím dál více využívá různých podpůrných terapeutických metod, aby byla léčba co nejpestřejší a nejkomplexnější. V léčbě je možné využít body-psychotherapeutické metody, bioenergetiku, Feldenkreisovu a Alexandrovu metodu, jógu, různé relaxační metody, tanečně-pohybovou terapii a mnoho dalších. Díky těmto metodám pacient získává větší nadhled a kontrolu nad sebou, naučí se lépe ovládat své emoce a může dojít k odblokování nevysvětlitelných negativních tělesných pocitů.

Dá se říct, že cíl práce byl naplněn. Odborných textů o pohybové terapii v léčbě závislostí však není mnoho, a proto by bylo vhodné se na tuhle problematiku zaměřit v dalších výzkumech.

VIII. REFERENČNÍ SEZNAM

ABRAMČUK, Filip, 2014. Integrativní body-psychotherapie I.: teoretická východiska. *Psychotherapie* [online]. **8**(3), 182-193 [cit. 2017-04-17].

ADAMÍKOVÁ, Žaneta, 2016. *Léčba závislosti na tabáku u pacientů v ústavní léčbě pro závislost na alkoholu*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze.

ARBOUR, Simone, Janice HAMBLEY a Victoria HO, 2011. Predictors and Outcome of Aftercare Participation of Alcohol and Drug Users Completing Residential Treatment. *Substance Use* [online]. **46**(10), 1275-1287 [cit. 2017-04-07]. DOI: 10.3109/10826084.2011.572941. ISSN 1082-6084. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/10826084.2011.572941>

BEČKOVÁ, Ilona a Peter VIŠŇOVSKÝ, 1999. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum. ISBN 80-718-4864-6.

BLAHUTKOVÁ, Marie, 2007. *Psychomotorika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-3067-1.

BOGENSCHUTZ, Michael P. a Matthew W. JOHNSON, 2016. Classic hallucinogens in the treatment of addictions. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* [online]. **64**, 250-258 [cit. 2017-04-02]. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2015.03.002. ISSN 02785846. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0278584615000512>

BROWN, Richard A., Ana M. ABRANTES, Jennifer P. READ, et al., 2010. A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence. *Mental Health and Physical Activity* [online]. **3**(1) [cit. 2017-03-27]. DOI: 10.1016/j.mhpa.2010.03.001. ISBN 10.1016/j.mhpa.2010.03.001. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755296610000074>

CARLEZONJR, W., R. DUMAN a E. NESTLER, 2005. The many faces of CREB. *Trends in Neurosciences* [online]. **28**(8), 436-445 [cit. 2017-04-10]. DOI: 10.1016/j.tins.2005.06.005. ISSN 01662236. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016622360500158X>

CIGANKOVÁ, Kristýna, 2009. *Léčebně – rehabilitační plán a postup u onemocnění periferních žil*. Brno. Bakalářská práce. Katedra fyzioterapie a rehabilitace LF MU.

COCO, Teresa J. a Ann E. KLASNER, 2004. Drug-induced rhabdomyolysis. *Current Opinion in Pediatrics* [online]. **16**, 206-210 [cit. 2017-04-10]. DOI: 10.1097/00008480-200404000-00017. ISBN 10.1097/00008480-200404000-00017. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>

COLLINGWOOD, Thomas R., Roger REYNOLDS, Harold W. KOHL, Wendy SMITH a Shelley SLOAN, 1991. Physical Fitness Effects on Substance Abuse Risk Factors and Use Patterns. *Journal of Drug Education* [online]. **21**(1), 73-84 [cit. 2017-03-27]. DOI: 10.2190/HV5J-4EYN-GPP7-Y3QG. ISBN 10.2190/HV5J-4EYN-GPP7-Y3QG. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/HV5J-4EYN-GPP7-Y3QG>

DE LEON, George., 2000. *The therapeutic community: theory, model, and method*. New York: Springer Pub. ISBN 978-082-6113-498.

DICKEY, Barbara, Sharon-Lise T. NORMAND, Roger D. WEISS, Robert E. DRAKE a Hocine AZENI, 2002. Medical Morbidity, Mental Illness, and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services* [online]. **53**(7), 861-867 [cit. 2017-04-20]. DOI: 10.1176/appi.ps.53.7.861. ISSN 1075-2730. Dostupné z: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.53.7.861>

DROTÁROVÁ, Eva a Lucia DROTÁROVÁ, 2003. *Relaxační metody: malá encyklopedie : [jak zvládat stres]*. Praha: Epocha. ISBN 80-863-2812-0.

DVOŘÁČEK, Jiří, 2003. Systém péče - Jednotlivé složky: Střednědobá ústavní léčba. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 196. ISBN 80-86734-05-6.

EIDEN, Bernd, 2014. Využití postreichiánské body-psychoterapie: vize Chironu. STAUNTON, Tree. *Body-psychoterapie*. Praha: Maitrea, s. 57-75. ISBN 978-80-87249-66-6.

FISHER, Bonnie, 1990. Dance/movement therapy: Its use in a 28-day substance abuse program. *The Arts in Psychotherapy* [online]. **17**(4), 325-331 [cit. 2017-04-19]. DOI: 10.1016/0197-4556(90)90052-R. ISSN 01974556. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/019745569090052R>

GREENWOOD, Benjamin N. a Monika FLESHNER, 2011. Exercise, Stress Resistance, and Central Serotonergic Systems. *Exercise and Sport Sciences Reviews* [online]. **39**(3), 140-149 [cit. 2017-04-10]. DOI: 10.1097/JES.0b013e31821f7e45. ISSN 0091-6331. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>

GUTJAHR, E., G. GMEL a J. REHM, 2001. Relation between Average Alcohol Consumption and Disease: An Overview. *European Addiction Research* [online]. **7**(3), 117-127 [cit. 2016-05-06]. DOI: 10.1159/000050729.

HAMPL, Karel, 2003a. Rozdělení a účinky návykových látek: Léky vyvolávající závislost. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 187-191. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

HAMPL, Karel, 2003b. Systém péče - Jednotlivé složky: Lékařská ambulantní péče o závislé. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 172. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

HASSON, Gill, 2015. *Technika Mindfulness: jak se vyvarovat duševní prokrastinace pomocí všímavosti a bdělé pozornosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5213-6.

HAŠTO, Jozef, 2004. *Autogenní trénink: Nácvik koncentrativního sebeuvolnění: základní informace*. Praha: Triton. ISBN 80-725-4516-7.

HÁTLOVÁ, Běla, 2007. Kinezioterapie v léčbě nealkoholových závislostí. HOŠEK, Václav a Pavel TILINGER. *Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást kvality života dospělých: sborník materiálů z výzkumného záměru*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu, s. 143-160. ISBN 978-80-86317-53-3.

HÁTLOVÁ, Běla, 2003. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0719-0.

HÁTLOVÁ, Běla a Milena ADÁMKOVÁ, 2009. Psychomotorická terapie. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 670-674. ISBN 978-80-7262-657-1.

HÁTLOVÁ, Běla, S. ADÁMKOVÁ a Z. BAŠNÝ, 2013. Psychomotorická terapie – využití aktivního pohybu v léčbě psychiatrických pacientů. *Psychosom* [online]. **11**(2), 93-104 [cit. 2017-03-26]. Dostupné z: <http://www.psychosom.cz/images/archiv/Psychosom-2013-2.pdf>

HÁTLOVÁ, Běla, Alena ŠPŮRKOVÁ a Jana ŠMÍDOVÁ, 2007. Pohyb a mentální zdraví. *Česká kinantropologie* [online]. **11**(3), 25-30 [cit. 2017-03-26]. ISSN 1211- 9261.

HENDERSHOT, Christian S, Katie WITKIEWITZ, William H GEORGE a G Alan MARLATT, 2011. Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* [online]. **6**(17), 1-17 [cit. 2017-04-08]. DOI: 10.1186/1747-597X-6-17. ISBN 10.1186/1747-597X-6-17. Dostupné z: <http://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-6-17>

HERBSLEB, Marco, Steffen SCHULZ, Stephanie OSTERMANN, et al., 2013. The relation of autonomic function to physical fitness in patients suffering from alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence* [online]. **132**(3), 505-512 [cit. 2017-03-28]. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.03.016. ISSN 03768716. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871613001117>

HERM, Sabine, 1997. *Psychomotorické hry: 92 her zaměřených na motorický rozvoj dětí v mateřské škole*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-717-8139-8.

HORÁČEK, Ondřej a Pavel KOLÁŘ, 2009. Cévní onemocnění mozku. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 389. ISBN 978-80-7262-657-1.

HORSMAN, Marylyn, 2011. Feldenkrais Method and Recovery from Addiction. In: *Greenspirit* [online]. Victoria, Canada [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <http://www.greenspiritresources.com/newsletter/january2011.pdf>

HRDINA, Petr a Blanka KORČIŠOVÁ, 2003. Systém péče: Terénní programy. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 161. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

JEŘÁBEK, Petr, 2015a. Integrativní přístup v léčebném kontinuu. KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 247. ISBN 978-80-247-4331-8.

JEŘÁBEK, Petr, 2015b. Integrativní přístup v léčebném kontinuu. KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 247. ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, Kamil a kol., 2001. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí* [online]. Praha: Filia nova [cit. 2016-05-05]. ISBN 80-238-8014-4. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/>

KALINA, Kamil, 2003. Systém péče - Jednotlivé složky: Denní stacionáře. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 179-180. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, Kamil, 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-867-3405-6.

KALINA, Kamil, 2008a. Faktory významné pro léčbu, změnu a uzdravu. KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, s. 294-295. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1411-6.

KALINA, Kamil, 2008b. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.

KALINA, Kamil, 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4361-5.

KALINA, Kamil a Jakub MINAŘÍK, 2015. Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 211-216. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KASTE, Kristiina, 2009. *Transcription Factors FosB and CREB in Drug Addiction: Studies in Models of Alcohol Preference and Chronic Nicotine Exposure*. Helsinki. Rigorózní práce. Division of Pharmacology and Toxicology, Faculty of Pharmacy, University of Helsinki.

KAUR, Jaswinder, Deepti GARNAWAT a M. S. BHATIA, 2013. Rehabilitation for Substance Abuse Disorders. *Delhi Psychiatry Journal* [online]. **16**(2), 400-403 [cit. 2017-03-28].

KHANNA, Surbhi a Jeffrey M. GREESON, 2013. A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies for addiction. *Complementary Therapies in Medicine* [online]. **21**(3), 244-252 [cit. 2017-04-09]. DOI: 10.1016/j.ctim.2013.01.008. ISSN 09652299. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0965229913000265>

KOBESOVÁ, Alena, 2009a. Polyneuropatické syndromy. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 345. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOBESOVÁ, Alena, 2009b. Postižení mozečkových funkcí. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 160-161. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOBLÍŽEK, Vladimír a Jana KUDELOVÁ, 2013. Kouření a chronická obstrukční plicní nemoc. KRÁLÍKOVÁ, Eva a kol. *Závislost na tabáku: Epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: Adamira, s. 238-240. ISBN 978-80-904217-4-5.

KOLÁŘ, Pavel a Jan ŠULC, 2009. Metody a postupy používané v rehabilitaci nemocných s chronickým postižením respiračního systému. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 251-252. ISBN 978-80-7262-657-1.

KRÁLÍKOVÁ, Eva a kol., 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: Adamira. ISBN 978-80-904217-4-5.

KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2015. Závislost na tabáku. KALINA A KOL., Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 528-543. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KRATOCHVÍL, Stanislav, 1979. *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.

KUDA, Aleš, 2003. Systém péče - obecné otázky: Relaps a prevence relapsu. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 117. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, Stanislav, 2003a. Bio-psycho-sociální model: Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 91. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, Stanislav, 2003b. Bio-psycho-sociální model: Bio-psycho-socio--spirituální model jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 145. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

LAFAIR, J. S., 1968. Alcoholic myopathy. With special reference to the significance of creatine phosphokinase. *Archives of Internal Medicine* [online]. **122**(5), 417-422 [cit. 2017-04-10]. DOI: 10.1001/archinte.122.5.417. ISBN 10.1001/archinte.122.5.417. Dostupné z: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/doi/10.1001/archinte.122.5.417>

LEPŠÍKOVÁ, Magdaléna, 2009. Feldenkraisova metoda. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 275-276. ISBN 978-80-7262-657-1.

LIBRA, Jiří, 2003. Systém péče: Nízkoprahová kontaktní centra. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 165-167. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

LINKE, Sarah E. a Michael USSHER, 2014. Exercise-based treatments for substance use disorders: evidence, theory, and practicality. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* [online]. Informa Healthcare USA, 1-9 [cit. 2017-04-10]. DOI: 10.3109/00952990.2014.976708. ISBN 10.3109/00952990.2014.976708. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00952990.2014.976708>

LITTLE, Paul, Beth STUART, Maria STOKES, et al., 2014. Alexander technique and Supervised Physiotherapy Exercises in back pain (ASPEN): a four-group randomised feasibility trial. *Efficacy and Mechanism Evaluation* [online]. **1**(2), 1-82 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.3310/eme01020. ISSN 2050-4365. Dostupné z: <http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/eme/volume-1/issue-2>

MÁČEK, Miloš, 2009. Rehabilitace u chronické obstrukční plicní nemoci. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 565. ISBN 978-80-7262-657-1.

MÁČEK, Miloš a Jiří RADVANSKÝ, 2011. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-695-3.

MARLATT, G. Alan. a Judith R. GORDON, 1985. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press. ISBN 978-089-8620-092.

MARTINS, Tânia, Sofia BAPTISTA, Joana GONÇALVES, Ermelindo LEAL, Nuno MILHAZES, Fernanda BORGES a Carlos F. RIBEIRO, 2011. Methamphetamine transiently increases the blood-brain barrier permeability in the hippocampus: Role of tight junction proteins and matrix metalloproteinase-9. *Brain Research* [online]. **1411**, 28-40 [cit. 2017-

02-19]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brainres.2011.07.013>. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brainres.2011.07.013>

MILLER, Geri, 2011. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.

MILLIKEN, Rebecca, 1990. Dance/movement therapy with the substance abuser. *The Arts in Psychotherapy* [online]. **17**(4), 309-317 [cit. 2017-04-19]. DOI: 10.1016/0197-4556(90)90050-Z. ISSN 01974556. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/019745569090050Z>

MINAŘÍK, Jakub, 2003. Rozdělení a účinky návykových látek: Opioidy a opiáty. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 159-160. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, Jakub, 2008. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, s. 339-368. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

MINAŘÍK, Jakub a Jiřina HOBSTOVÁ, 2003. Základy diagnostiky a zhodnocení klienta, psychologické a somatické komplikace: Somatické komplikace a komorbidita 1. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 223-227. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, Jakub a Vladimír KMOCH, 2015. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. KALINA A KOL., Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 51-81. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

MIOVSKÝ, Michal (Ed.), 2013. *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Klinika adiktologie. ISBN 978-80-905717-0-9.

MIOVSKÝ, Michal, 2003. Rozdělení a účinky návykových látek: Konopné drogy. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 176. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

MRAVČÍK, Viktor, Kateřina GROHMANNOVÁ, Barbara JANÍKOVÁ, et al., 2016. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015* [online]. Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti [cit. 2017-04-04]. ISBN 978-80-7440-156-5. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32232/741/VZ_2015_drogova_situace_v_CR_v02.pdf

MRAVČÍK, Viktor, Pavla CHONYMOVÁ, Kateřina GROHMANNOVÁ, et al., 2014. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013: Blanka Nechanská, Bruno Sopko, Hana Fidesová, Jiří Vopravil, Lucie Jurystová* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky [cit.

2017-04-04]. ISBN 978-80-7440-109-1. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1347/626/VZ-2013.pdf

MÜLLEROVÁ, Dana a kol., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2510-2.

NEŠPOR, Karel, 2003. Základy diagnostiky a zhodnocení klienta, psychologické a somatické komplikace: Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 218. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, Karel, 2005. Pohybová cvičení a jóga v prevenci a léčbě závislosti. *Časopis lékařů českých* [online]. **144**, 53-55 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/pohybova-cviceni-a-joga-v-prevenci-a-lecbe-zavislosti-3334>

NEŠPOR, Karel, 2017. Fyzická aktivita, jóga a jejich působení na psychiku. *Cognitive Remediation Journal* [online]. **6**(1), 17-33 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/Y-Psy2.doc>

OTRUBA, Pavel, 2011. Periferní neuropatie – diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi* [online]. **8**(6), 285-287 [cit. 2017-04-22]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/06/08.pdf>

PAREJA-GALEANO, Helios, Fabian SANCHIS-GOMAR a Sara MAYERO, 2013. Exercise as an Adjuvant Intervention in Opiate Dependence. *Substance Abuse* [online]. **34**(2), 87-88 [cit. 2017-04-10]. DOI: 10.1080/08897077.2012.752778. ISSN 0889-7077. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08897077.2012.752778>

PASTUCHA, Dalibor, Eliška SOVOVÁ, Jana MALINČÍKOVÁ a Jiří HYJÁNEK, 2011. *Tělovýchovné lékařství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2861-1.

PAVLOVSKÁ, Amálie, 2015. Prevence a zvládání relapsu. KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 480-490. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

PAVLOVSKÁ, Amálie a Pavla MAKOVSKÁ DOLANSKÁ, 2015. Následná péče a sociální rehabilitace. KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 469-470. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

PLACHETA, Zdeněk, 2001. *Zátěžové vyšetření a pohybová léčba ve vnitřním lékařství*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2614-6.

POPOV, Petr, 2003. Rozdělení a účinky návykových látek: Alkohol. KALINA A KOL., Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 152. ISBN 80-86734-05-6.

PRICE, Cynthia J., Elizabeth A. WELLS, Dennis M. DONOVAN a Tessa RUE, 2012. Mindful awareness in body-oriented therapy as an adjunct to women's substance use disorder treatment: A pilot feasibility study. *Journal of Substance Abuse Treatment* [online]. **43**, 94-107 [cit. 2017-04-17]. DOI: 10.1016/j.jsat.2011.09.016. ISBN 10.1016/j.jsat.2011.09.016. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547211001863>

PROCHASKA, James O. a Carlo C. DICLEMENTE, 1982. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research* [online]. **19**(3), 276-288 [cit. 2017-04-08]. DOI: 10.1037/h0088437. ISSN 0033-3204. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0088437>

PŘEROVSKÝ, Ivo, 2002. Akutní žilní trombóza: Doporučené postupy pro praktické lékaře. In: *Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně* [online]. Praha: ČSL JEP [cit. 2017-04-19]. Dostupné z: www.cls.cz/dokumenty2/os/t243.rtf

RADVANSKÝ, Jiří, 2009. Ischemická choroba srdeční. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 579. ISBN 978-80-7262-657-1.

RAYAN, Ahmad, 2017. Mindfulness-Based Interventions for Substance Abuse Disorders Submit Manuscript. *MOJ Addiction Medicine & Therapy* [online]. **3**(1), 00021 [cit. 2017-04-10]. DOI: 10.15406/mojamt.2017.03.00021.

RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, Martina, 2008. Systém péče a jeho složky. KALINA A KOL., Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, s. 369-385. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

ROESSLER, K. K., 2010. Exercise treatment for drug abuse - A Danish pilot study. *Scandinavian Journal of Public Health* [online]. **38**(6), 664-669 [cit. 2017-03-29]. DOI: 10.1177/1403494810371249. ISSN 1403-4948. Dostupné z: <http://sjp.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1403494810371249>

ROSEN, Craig S, Paige C OUIMETTE, Javaid I SHEIKH, Jennifer A GREGG a Rudolf H MOOS, 2002. Physical and sexual abuse history and addiction treatment outcomes. *Journal of studies on alcohol* [online]. **63**(6), 683-687 [cit. 2017-03-15]. DOI: 10.15288/jsa.2002.63.683. ISBN 10.15288/jsa.2002.63.683. Dostupné z: <http://www.jsad.com/doi/10.15288/jsa.2002.63.683>

ROTHSCHILDOVÁ, Babette, 2014. Body-psychoterapie bez doteku: použití v terapii traumatu. STAUNTON, Tree. *Body-psychoterapie*. Praha: Maitrea, s. 157-162. ISBN 978-80-87249-66-6.

SARKAR, Siddharth a Mohit VARSHNEY, 2017. Yoga and substance use disorders: A narrative review. *Asian Journal of Psychiatry* [online]. **25**, 191-196 [cit. 2017-04-09]. DOI: 10.1016/j.ajp.2016.10.021. ISSN 18762018. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201816303860>

SHARP, Conni, David P. HURFORD, Julie ALLISON, Rozanne SPARKS a Bradley P. CAMERON, 1997. Facilitation of internal locus of control in adolescent alcoholics through a brief biofeedback-assisted autogenic relaxation training procedure. *Journal of Substance Abuse Treatment* [online]. **14**(1), 55-60 [cit. 2017-04-17]. DOI: 10.1016/S0740-5472(96)00127-4. ISSN 07405472. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547296001274>

SCHWARZ, Aljoscha A. a Ronald P. SCHWEPPE, 2004. *Bioenergetika: Cvičení proti stresu*. Praha: Alternativa. Škola do kapsy (Alternativa). ISBN 80-859-9388-0.

SMOLÍKOVÁ, Libuše, 2009. Metodika respirační fyzioterapie. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 252. ISBN 978-80-7262-657-1.

SOUKUP, Jan, 2014. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0607-1.

SOVINOVÁ, Hana a Ladislav CSÉMY, 2015. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014, Výzkumná zpráva*. Praha: Státní zdravotní ústav.

STACKEOVÁ, Daniela, 2009. Alexandrova technika a možnosti jejího využití v terapii psychosomatických pacientů. *PsychSom* [online]. **7**(2), 111-117 [cit. 2017-03-12]. ISSN 1214-6102. Dostupné z: <http://danielastackeova.webnode.cz/news/alexandrova-technika-a-moznosti-jejeho-vyuziti-v-terapii-psychosomatickych-pacientu/>

STACKEOVÁ, Daniela a K. BLAŽKOVÁ, 2012. Možnosti využití bioenergetické analýzy ve fyzioterapii. *Psychosom* [online]. **10**(2), 93-110 [cit. 2017-03-26]. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=2108

STAUNTON, Tree, 2014. *Body-psychoterapie*. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-87249-66-6.

ŠŤASTNÁ, Lenka, 2010. Incentivní terapie - systematický rozvoj funkčních postupů v léčbě závislosti. In: *Adiktologie.cz* [online]. Praha: Klinika adiktologie [cit. 2016-05-06]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/1946/Incentivni-terapie-systemicky-rozvoj-funkcnich-postupu-v-lecbe-zavislosti>

ŠUSTKOVÁ, Magdaléna, 2015. Neurobiologie závislostí. KALINA A KOL., Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 142-144. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

THOMSON, Diane M., 1997. Dance/Movement Therapy with the Dual-Diagnosed: A Vehicle to the Self in the Service of Recovery. *American Journal of Dance Therapy* [online]. **19**(1), 63-79 [cit. 2017-04-19]. DOI: 10.1023/A:1022375418060. ISBN 10.1023/A:1022375418060. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1023/A:1022375418060>

TORRENS, Marta, Joan-Ignasi MESTRE-PINTÓ a Antònia DOMINGO-SALVANY, 2015. *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe* [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [cit. 2017-04-19]. ISBN 978-92-9168-834-0. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/1988/TDXD15019ENN.pdf>

VEDAMURTHACHAR, A., N. JANAKIRAMAIAH, J. HEGDE, T. SHETTY, D. SUBBAKRISHNA, S. SURESHBABU a B. GANGADHAR, 2006. Antidepressant efficacy and hormonal effects of Sudarshana Kriya Yoga (SKY) in alcohol dependent individuals. *Journal of Affective Disorders* [online]. **94**(1-3), 249-253 [cit. 2017-04-09]. DOI: 10.1016/j.jad.2006.04.025. ISSN 01650327. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032706002114>

VÉLE, František, 2012. *Vyšetření hybných funkcí z pohledu neurofyziologie: příručka pro terapeuty pracující v neurorehabilitaci*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-608-1.

VÍCHOVÁ, Veronika, 2016. *Autogenní trénink a autogenní terapie: relaxace, která pomáhá*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0999-7.

VONDÁČKOVÁ, Petra, 2015. Adiktologické poradenství. KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 301-312. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

WEINSTOCK, Jeremiah, Heather K. WADESON a Jaci L. VANHEEST, 2012. Exercise as an Adjunct Treatment for Opiate Agonist Treatment: Review of the Current Research and Implementation Strategies. *Substance Abuse* [online]. **33**(4), 350-360 [cit. 2017-04-10]. DOI: 10.1080/08897077.2012.663327. ISBN 10.1080/08897077.2012.663327. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08897077.2012.663327>

WILLIAMS, D. J., 2000. Exercise and substance abuse treatment: Predicting program completion using logistic regression. *Corrections Compendium* [online]. **25**(2), 4-7 [cit. 2017-03-27]. Dostupné z: <https://www.thefreelibrary.com/Exercise+and+Substance+Abuse+Treatment%3a+Predicting+Program+Completion..-a065859492>

ZAJÍČKOVÁ, Klára, 2011. *Využití expresivních terapií v procesu léčby drogových závislostí*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

ZIMA, Tomáš, 2015. Biochemie závislostí. KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 41. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

ZSCHUCKE, Elisabeth, Andreas HEINZ a Andreas STRÖHLE, 2012. Exercise and Physical Activity in the Therapy of Substance Use Disorders. *The Scientific World Journal* [online]. **2012**, 1-19 [cit. 2017-03-29]. DOI: 10.1100/2012/901741. ISSN 1537-744x. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2012/901741/>

ZUTT, R., A.J. VAN DER KOOL, G.E. LINTHORST, R.J.A. WANDERS a M. DE VISSER, 2014. Rhabdomyolysis: Review of the literature. *Neuromuscular Disorders* [online]. **24**(8), 651-659 [cit. 2017-04-10]. DOI: 10.1016/j.nmd.2014.05.005. ISSN 09608966. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S096089661400131X>

ŽIŽKA, Martin, 2015. *Problematika rhabdomyolýzy*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze.

Internetové zdroje:

International statistical classification of diseases and related health problems, 2008. 10th revision, 2nd edition. Geneva: World Health Organization. ISBN 92-415-4654-9.

Alcoholism, 2017. In: *MD Guidelines* [online]. Westminster, Colorado: Reed Group [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://www.mdguidelines.com/alcoholism>

Psychomotorika, *Mezinárodní konference psychomotoriky* [online]. Ústí nad Labem [cit. 2017-04-19]. Dostupné z: http://www.psychomot.cz/?page_id=112

Definition of Addiction, 2011. In: *American Society for Addiction Medicine* [online]. Rockville: American Society for Addiction Medicine [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: <http://www.asam.org/quality-practice/definition-of-addiction>

IX. SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Seznam obrázků:

- obrázek č. 1: Kolo změny dle konceptu J. O. Prochaska a C. C. DiClemente (1982).
- obrázek č. 2: Molekulární mechanismy adaptace neuronů vyvolané užíváním návykových látek dle Kaste, 2009).
- obrázek č. 3: Orální (vlevo) a schizoidní (vpravo) charakter osobnosti dle Reicha (Staunton, 2014).
- obrázek č. 4: Psychopatická (vlevo) a masochistická (vpravo) charakterová struktura dle Reicha (Staunton, 2014).
- obrázek č. 5: Rigidní (hysterická) charakterová struktura dle Reicha (Staunton, 2014).
- obrázek č. 6: Fotografie pacientky při vstupním vyšetření z pravého a levého boku.
- obrázek č. 7: Fotografie pacientky při vstupním kineziologickém rozboru zepředu a zezadu.

Seznam tabulek:

- tabulka č. 1: Rozdělení návykových látek dle typu závislosti (Minařík in Kalina, 2008).
- tabulka č. 2. – Příklady zneužívaných léků dle Kalina a kol. (2003).
- tabulka č. 3: Shrnutí behaviorálních účinků spojených se zvýšenou fosforylací CREB v různých oblastech mozku (Kaste, 2009).
- tabulka č. 4: Vyšetření stoje zezadu – vstupní KR
- tabulka č. 5: Vyšetření stoje zboku – vstupní KR
- tabulka č. 6: Vyšetření stoje zepředu – vstupní KR
- tabulka č. 7: Zkoušky pro zjištění pohyblivosti páteře
- tabulka č. 8: Obvody horních končetin
- tabulka č. 9: Obvody dolních končetin
- tabulka č. 10: Anatomická a funkční délka dolních končetin.
- tabulka č. 11: Rozsahy aktivních pohybů v krční páteři – vstupní KR
- tabulka č. 12: Rozsahy pohybů v kloubech DKK dle metody SFTR
- tabulka č. 13: Vyšetření svalového testu vybraných svalů inervovaných n. facialis
- tabulka č. 14: Vyšetření stoje zezadu – výstupní KR
- tabulka č. 15: Vyšetření stoje zboku – výstupní KR
- tabulka č. 16: Vyšetření stoje zepředu – výstupní KR
- tabulka č. 17: Rozsahy aktivních pohybů v krční páteři – výstupní KR